



Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie

Arrêté révisant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie
pour la période 2006-2011

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6115-3, L.6121-1 à L.6121-4, L.6121-9, L.6122-10-1, L.6131-2, R.6121-1 à R.6121-3, R.6122-8, R.6122-25, R.6122-26, R.6122-42, R.6131-11 et D.6121-6 à D.6121-10 ;

Vu le décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Vu le décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Vu l'arrêté du 12 septembre 2008 modifiant l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

Vu l'arrêté du 10 juin 2005 fixant le ressort territorial des conférences sanitaires de la région Picardie ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2006 modifié le 23 mars 2007, le 17 septembre 2008 et le 12 novembre 2008 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 ;

Vu les avis et observations formulés par les conférences sanitaires des territoires :

- Nord Ouest, consultée le 15 juin 2009,
- Sud Ouest, consultée le 27 mai 2009,
- Nord Est, consultée le 27 mai 2009,
- Sud Est, consultée le 8 juin 2009,

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sanitaire lors de sa séance du 22 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale lors de sa séance du 10 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Picardie consultée le 28 juillet 2009 ;

ARRETE

Article 1er : Le volet « soins de suite et de réadaptation » du schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 est modifié tel qu'annexé à la présente décision.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication, sans constituer un préalable obligatoire au recours contentieux.

Article 3 : La directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et les directeurs des services des organismes d'assurance maladie, membres de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et consultable aux sièges de l'agence régionale de l'hospitalisation, des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi que sur leurs sites internet respectifs.

Fait à Amiens, le 30 JUIL. 2009

Pascal FORCIOLI

gg -

CHAPITRE 12 révisé**ACTIVITES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION****1. REFERENTIELS****1.1. La révision du volet « Soins de Suite et de Réadaptation » est motivée par les derniers textes réglementaires :**

- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation,
- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation,
- Circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

1.2. Autres références :

- Article L 6111-2 du code de la santé publique,
- Article R 6122-25 dont la nouvelle rédaction s'appliquera à la date de publication du SROS révisé,
- Circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie,
- Circulaire n° DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012,
- Circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation de la prise en charge en addictologie,
- Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques,
- Circulaire n° DHOS/04/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral,
- Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B n° 280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniocérébraux et des traumatisés médullaires,
- Circulaire n° DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération,
- Circulaire n° DHOS/DGS/DGAS/ n° 517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- Circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel,
- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011,
- Programme national de développement des Soins Palliatifs 2008-2012,
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012.


2. ETAT DES LIEUX**2.1. OFFRE DE SOINS EN PICARDIE****2.1.1. ETABLISSEMENTS ET CAPACITES**

Il s'agit des lits et places installés au 1^{er} janvier 2009 (excluant donc les projets même autorisés) d'après les données déclaratives des établissements.

A) SOINS DE SUITE INDIFFERENCIÉS OU POLYVALENTS (SSI)**Territoire Nord-Ouest**

HL de Saint Valéry sur Somme :	30
CH Abbeville :	64
CHU Amiens :	50
GCS Henriville à Amiens :	50 (CHU Amiens : 25 / Clinique Pauchet : 25)
CH de Corbie :	45
CH Albert :	15
CH Doullens :	20
CH Montdidier :	40
CH Roye :	27
Clinique du Val d'Aquennes à Villers Bretonneux :	60
Total territoire Nord-Ouest :	401 lits et places

Territoire Nord-Est

CH Le Nouvion :	15
Maison de santé de Bohain :	26
CH Hirson :	51
CH Péronne :	40
CH Guise :	42
CH St Quentin :	70
CH Vervins :	33
CH Ham :	30
CH La Fère :	38
CH Chauny :	35
CRF Jacques Ficheux à St Gobain :	27
CH Laon :	70
Total territoire Nord-Est :	477 lits et places

Territoire Sud-Est

CH Noyon :	20
CH Compiègne :	80
CH Soissons :	60
HL Crépy en Valois :	20
Apte à Bucy le Long :	9
Fraternité l'Hermitage à Autrèches :	8
La Renaissance sanitaire à Villiers Saint Denis :	173
Total Sud-Est :	370 lits et places



Territoire Sud-Ouest**695 lits et places**

CH Beauvais :	40
CH Pont Sainte Maxence :	25
Château du Tillet à Cires les Mello :	120
CH Senlis :	32
Clinique du Valois à Senlis :	40
Fondation Alphonse de Rothschild (FAR) à Gouvieux :	43
CH Chaumont en Vexin :	16
CRF Léopold Bellan à Chaumont en Vexin :	15
Maison de convalescence l'Oasis à Breteuil :	64
CH Clermont :	18
Pavillon de la Chaussée à Gouvieux :	40
Fondation Condé à Chantilly :	40
Brégy :	48
Arc en ciel (pouponnière) à Beauvais :	84
CRF St Lazare	40
CMC de Creil (projet autorisé non installé)	30

B) MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (MPR)

Spécialité	Territoire				Total Lits et places
	Nord-Ouest	Nord-Est	Sud-Est	Sud-Ouest	
MPR polyvalents		CH St Quentin : 26			
Total MPR polyvalents	0	26	0	0	26
Pédiatrie	CHU Amiens : 22			Bois Larris : 102	
Total Pédiatrie	22	0	0	102	124
Neurologie	CHU Amiens : 21 CH Corbie : 10 V. Pauchet : 13	CRF Ficheux : 93	CH Compiègne : 10	L Bellan : 20 Le Belloy : 12 St Lazare : 50	
Total Neurologie	44	93	10	82	174
Orthopédie Traumato.	CHU Amiens : 19 CH Corbie : 20 Val d'Ancre : 20 V. Pauchet : 27	CRF Ficheux : 80	La Renaissance sanitaire VSD : 136	L Bellan : 50 Le Belloy : 107 FAR : 78 St Lazare : 60	
Total Orthopédie Traumato.	86	80	136	295	527
Cardio- vasculaire	CH Corbie : 30	CH Laon : 8	CRC Bellan : 58 La Renaissance sanitaire VSD : 98		
Total Cardio- vasculaire	30	8	156	0	194
Pneumologie		CH Chauny : 5	La Renaissance sanitaire VSD : 10		
Total Pneumologie	0	5	10	0	15

Pour la MPR spécialisée dans la réadaptation professionnelle, les sites identifiés dans l'annexe du SROS 3 sont les CRF Le Belloy à St Omer en Chaussée, St Lazare à Beauvais (établissement UGECAM), Jacques Ficheux à St Gobain et Les Trois Vallées à Corbie.

C) SOINS PALLIATIFS

Le tableau ci-dessous reprend par territoire et par établissement le nombre de LISP (Lits Identifiés en Soins Palliatifs) installés en SSR, recensés en juillet 2008.

Il n'y a pas d'USP (Unité de Soins Palliatifs) au sein des services de SSR de la région.

Taux d'équipement actuel en LISP SSR

Territoire	établissement	Nb de LISP de SSR au 1er janvier 2008 reconnus par arrêté	Nb total de LISP contractualisés	Population du territoire (estimation 2010)	Taux d'équipement pour 100 000 habitants en fonction du nombre total de LISP contractualisés
NO	CH Abbeville	1	1	528810	2,08
	CH Corbie	3	4		
	CH Roye	4	6		
	Total NO	8	11		
NE	CH Péronne	3	3	391340	4,60
	CH St Quentin	4	4		
	CH Guise	2	4		
	MS Bohain	1	2		
	CH Le Nouvion	0	2		
	CH Ham	3	3		
Total NE	13	18			
SO	MR Cires les Mello/Château du Tillet	4	8	585946	2,73
	Crevecoeur	0	6		
	Pavillon la Chaussée	0	2		
	Total SO	4	16		
SE	Villiers St Denis	6	6	405491	3,21
	CH Noyon	3	3		
	Crépy en Valois	0	2		
	CH Compiègne	2	2		
Total SE	11	13			
Total des 4 territoires		36	58	1911587	3,03

Source : Suivi ARH/DRASS

L'offre de soins palliatifs est inégale entre les 4 territoires de santé. Le territoire Nord Est est le mieux doté avec 9.97 LISP pour 100 000 habitants, 46% de cette offre se situant dans les services de soins de suite.

Le territoire Sud Ouest est le moins bien doté : 3.41 LISP pour 100 000 habitants dont 80% dans les services de soins de suite

Les territoires du Nord Ouest et du Sud Est sont proches de la moyenne régionale mais avec une faible proportion de LISP dans les services SSR pour le territoire Nord Ouest

On peut noter l'augmentation suivante entre le nombre de lits installés en octobre 2008, et le nombre de lits contractualisés dans les CPOM à l'horizon 2011 :

- Territoire Nord-Ouest : de 8 à 11, soit + 27 %,
- Territoire Nord-Est : de 13 à 18, soit + 28 %,
- Territoire Sud-Est : de 11 à 13, soit + 15 %,
- Territoire Sud-Ouest : de 4 à 16, soit + 75 %

Au total, pour la Picardie, le nombre de lits passerait de 36 à 58 soit une augmentation de 37 %.

Le programme national de développement des Soins Palliatifs 2008-2012 (mesure 5 de l'axe 1 relatif à l'offre hospitalière et dispositifs hospitaliers) prévoit de quadrupler le nombre de LISP dans les services de soins de suite. Ce programme est accompagné d'un financement qui sera, pour la mesure n° 5, réparti sur les années 2008, 2009 et 2010.

L'objectif de disposer de 1200 lits identifiés supplémentaires en SSR au niveau national en 2012 représente pour la région Picardie la création de 36 lits supplémentaires sur 2009 à 2011 compte tenu de l'effort significatif entrepris dès 2008.

Propositions d'ajustement des capacités :

Conformément à l'objectif affiché dans le programme de développement des soins palliatifs 2008/2012, il convient de planifier la création de 36 LISP supplémentaires sur les services de soins de suite.

Actuellement, nous disposons de 22 LISP supplémentaires prévus dans les CPOM et non encore installés en 2008. Nous devons donc prévoir en complément, la création de 14 LISP supplémentaires.

Il convient de doter prioritairement les territoires Nord Ouest et Sud Ouest dont le taux de LISP pour 100 000 habitants est inférieur à la moyenne régionale.

	Nbre d'habitants	LISP SSR actuellement contractualisés	Tx d'équipement actuel	Répartition des 14 lits supplémentaires	Tx d'équipement proposé
TDS NO	528810	11	2,08	6	3,21
TDS NE	391340	18	4,60	0	4,60
TDS SE	405491	13	2,73	1	3,45
TDS SO	585946	16	3,21	7	3,93
Total picardie	1 911 587	58	3,03	14	3,77

Le territoire Nord Est conservera un taux d'équipement en LISP supérieur à la moyenne régionale mais les déséquilibres seront réduits.

Présentation de la répartition des LISP (Médecine, SSR et SLD)

	TOTAL des LISP	Taux d'équipement global (LISP SSR, médecine et SLD)
TDS NO	85	12,48
TDS NE	62	13,54
TDS SE	63	12,08
TDS SO	78	10,24
Total Picardie	300	11,93

D) LITS RESERVES A LA PRISE EN CHARGE DES ETATS VEGETATIFS CHRONIQUES (EVC) ET ETATS PAUCI-RELATIONNELS (EPR)

Les données proviennent d'une enquête effectuée en mars 2009 auprès des directions des établissements.

Territoire	Etablissement	Lits SSR dédiés SSR/EPR existants	Lits SSR dédiés SSR/EPR en projet
Nord Ouest	CH Albert	0	2
	Fondation Hopale	0	6
	HL St Valery sur Somme	12	En réflexion
	CRF 3 Vallées Corbie	0	6
Total NO		12	14
Nord Est	CH Hirson	0	En réflexion
	CH Guise	0	En réflexion
	CH Ham	0	2
	CH Le Nouvion	0	6
	CH St Quentin	0	En réflexion
	CRF Jacques Ficheux	5	5
Total NE		5	13
SO	CRC Léopold Bellan	0	15
	L'Oasis	0	6
Total SO		0	21
Sud Est		0	0
Total Picardie		17	48

Source: enquête ARH Mars 2009

las-

br

2.2. ACTIVITES DES ETABLISSEMENTS SELON DONNEES PMSI

Il s'agit des données PMSI 2007, correspondant à la production des établissements par spécialité (nombre de journées).

Afin que l'analyse de l'activité représente au mieux les catégories d'activité issues du nouveau décret, cette analyse ne repose pas sur les CMC. En effet, certaines CMC ont été scindées en 2 (exemple : CMC 11 qui regroupait les affections cardiovasculaires et respiratoires). D'autres CMC ont été regroupées (exemple CMC 16 « Poursuite de Soins Médicaux Rhumato-Orthopédiques » et CMC 17 « Poursuite de Soins Médicaux Post-Traumatiques » pour décrire l'activité de la spécialité de l'appareil locomoteur).

Territoire Nord-Ouest

	CH Abbeville	CH Albert	CH.U Amiens	CH Corbie	CH Doullens	CH Montdidier	CH Roye	HL St Valéry	CH Val d'Ancre	CH Val D'auquesnes	CH Pautet	TOTAL Journées
App. Locomoteur	4 653	1 229	10 919	6 697	684	627	1 496	2 568	6 819	16 608	10 692	62 992
Système nerveux	5 957	1 033	11 546	5 074	548	494	279	514	385	453	1 994	28 277
Autres	4 737	546	5 136	2 139	841	1 401	2 983	3 969	48	655	598	23 053
Système digestif	1 681	901	978	5 375	164	239	1 079	977	0	1 575	0	12 969
Affect. cardiovasculaire	577	450	821	8 831	92	298	39	648	2	670	0	12 428
Conduites addictives	1 900	419	2 123	374	226	268	534	556	5	88	0	6 493
onc-hématologie	1 117	100	730	911	125	92	1 802	215	0	21	0	5 113
Amputations	392	0	1 664	364	17	21	97	419	75	0	0	3 049
Affections respiratoires	422	401	249	313	209	25	29	395	0	152	0	2 195
Résidu cardio resp	480	16	116	827	12			32	0	316	0	1 799
Soins Palliatifs	247	0	104	0	20	11	294	0	0	0	0	676
Grands brûlés	0	0	0	0	0	0	0	73	0	0	0	73
Total Journées	22 163	5 095	34 386	30 905	2 938	3 476	8 632	10 366	7 334	20 538	13 284	159 117

Source PMSI 2007

Territoire Nord-Est

	CH Guise	CH La Fère	CH Le Nouvion	CH St Quentin	CH Ver vins	CH Laon	CH Chau ny	MS Bo hain	CRF St Gobain	CH Ham	CH Péron ne	TOTAL Journées
App. Locomoteur	1 952	365	11	9 450	779	1 768	2 347	1 510	28 757	1 603	1 149	49 691
Système nerveux	1 012	1 826	3 051	3 967	91	3 210	1 148	328	28 790	569	815	44 807
Autres	1 198	6 005	1 358	1 572	4 263	9 596	434	519	935	574	774	27 228
Conduites addictives	442	0	0	2 683	427	3 927	1 564	313	269	1 788	867	12 280
Système digestif	655	163	72	3 297	205	1 415	1 587	1 099	435	1 500	833	11 261
Affect. cardiovasculaire	343	484	110	2 158	204	1 186	1 749	263	364	620	581	8 062
Onco-hématologie	405	1 544	268	2 358	331	1 418	604	139	114	431	413	8 025
Affections respiratoires	744	457	87	1 593	85	396	1 261	130	67	272	619	5 711
Soins Palliatifs	616	304	0	680	335	998	302	141	14	300	345	4 035
Amputations	11	0	0	101	201	0	41	0	1 940	18	224	2 536
Résidu cardio resp	175	71	8	192	0	59	86	0	57	28	0	676
Grands brûlés	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
Total Journées	7 553	11 219	4 965	28 051	6 921	23 973	11 133	4 442	61 742	7 703	6 620	174 322

Source PMSI 2007

Territoire Sud-Est

	CH Soissons	La Renaissance Sanitaire VSD	HL Crépy en Valois	CH Compiègne	CH Noyon	CRC L. Bellan Tracy	Total Journées
Appareil locomoteur	5 890	36 794	389	2 739	3 275	19	49 106
Autres	1 443	38 087	2 517	4 187	783	31	47 048
Affection cardio vasculaire	1 835	9 359	24	711	299	15 729	27 957
Système nerveux	2 937	12 340	117	8 218	536	29	24 177
Conduites addictives	1 254	5 395	31	3 972	105	46	10 803
Affections respiratoires	808	8 490	13	740	59	211	10 321
Amputations	114	9 825		69	18		10 026
Système digestif	3 677	1 637	216	506	749	1 420	8 205
Oncobématologie	798	3 655	288	1 469	354	24	6 588
Soins Palliatifs	44	314	122	313	47	458	1 298
Résidu cardio respi	72	198	6	32	6	411	725
Grands brûlés	7				52		59
Total Journées	18 879	126 094	3 723	22 956	6 283	18 378	196 313

Source PMSI 2007

199

Territoire Sud-Ouest

	CH Senlis	CMC Les Jockeys	MRC Le Tillet	La FAR Gouvi eux	MRC Bregy	CH Font Ste Maxence	CRF Bols Larris	CH Chaumont en Vexin	CH Clermont
App. Locomoteur	1 371	6 905	10 176	16 361	2 788	1 057	2 504	196	2 233
Système nerveux	2 962	78	4 865	1 642	905	2 162	8 717	400	776
Autres	2 152	10	12 999	314	1 180	875	2 505	1 565	1 250
Conduites addictives	1 252	0	2 738	3 630	3 521	1 393	826	1 172	825
Système digestif	949	7	6 832	3 019	2 378	592	217	999	406
Affection cardio vasculaire	975	0	3 725	907	2 054	294	0	726	371
Amputations	0	0	10	80	766	49	0	42	39
Affections respiratoires	528	0	1 386	1 338	150	879	0	152	324
Oncobématologie	2 383	0	750	362	42	343	0	166	40
Résidu cardio respi	67	18	415	271	493	42	0	4	0
Soins Palliatifs	692	0	143	0	0	28	0	69	23
Grands brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Journées	13 331	7 018	44 039	27 924	14 277	7 714	14 769	5 491	6 287

Source PMSI 2007

110

	CRF Le Belloy	CH Beauvais	CRF L. Bellan Chantment	L'Oasis	Arc en Ciel	CRF St Lazare	Pavillon La Chaussée	Fondation Condé	Total journées
App loco moteur	20 230	4 881	16 304	3 546	0	25 941	5 990	1 858	122 341
Système nerveux	3 476	2 028	3 574	1 601	1 055	9 202	1 679	976	46 098
Autres	608	1 885	693	1 309	8 692	268	1 014	891	38 210
Conduites addictives	0	1 305	7	2 448	3 678	47	296	844	23 982
Système digestif	91	1 546	162	2 821	0	30	1 907	905	22 861
Affection cardio vasculaire	258	1 189	154	1 960	336	0	2 106	800	15 855
Amputations	8 097	169	84	11	0	657	20	0	10 024
Affections respiratoires	0	555	0	1 853	0	0	521	244	7 930
Oncohématologie	36	520	0	18	0	0	83	152	4 895
Résidu cardio resp	17	34	9	769	0	0	58	80	2 277
Soins Palliatifs	0	25	0	19	0	0	189	47	1 235
Grands brûlés	0	0	0	91	0	0	0	0	91
Total Journées	32 813	14 137	20 987	16 446	13 761	36 145	13 863	6 797	295 799

Source PMSI 2007

Concernant le taux de recours de la population picarde à l'offre de soins SSR, notre taux de recours est de 0,43 journées par habitant en 2007 contre 0,49 au niveau national. Mais avec de fortes disparités entre territoire : seulement 0,30 journées par habitant dans le Nord Ouest contre 0,50 dans le Sud Ouest.

Entre 2007 et 2008, l'activité a évolué de 3,5% au niveau national. En Picardie, l'évolution est moindre : 2,1%

Si nous devons atteindre le taux de recours national, nous devrions produire 127 800 séjours supplémentaires soit 968 500 journées. Le calibrage actuel de nos OQOS nous permet d'atteindre ce niveau d'activité avec 1 079 200 journées en borne basse et 1 327 500 en borne haute.

Il s'agit cependant à veiller à l'équilibre de l'offre de soins entre les 4 territoires. A ce titre, le territoire Nord Ouest nécessite un renforcement de son offre de soins en SSR. Les projets connus à ce jour devraient permettre de corriger les inégalités intra régionales.

	Population	Nbre de journées 2007	nb de journées par hab	Nbre de journées 2008	nb de journées par hab	Evoluton d'activité
National (Métropole et DOM)	63 937 000	31 291 114	0,49	32 390 508	0,51	3,5%
TDS NO	528 870	159 062	0,30	Non disponible		
TDS NE	397 340	174 322	0,45			
TDS SE	405 491	194 273	0,48			
TDS SO	585 946	295 573	0,50			
Picardie	6 911 587	823 230	0,43	840 616	0,44	2,1%

Source E Pmsi 2007 et 2008

Synthèse de l'activité SSR en région Picardie :

Au total, ce sont 536 039 journées qui ont été réalisées en 2007.

63% de cette activité se concentre sur 4 affections :

- La prise en charge des affections de l'appareil locomoteur (30% des journées),
- La prise en charge des affections du système nerveux (18%),
- La prise en charge des affections du système cardiovasculaire (9%),
- La prise en charge des affections du système digestif (6%).

Concernant les flux, il faut constater que la région se caractérise par autant de fuites (17%) que d'attractivité (16%).

L'objectif de la région Picardie est de réduire les fuites extra régionales et de maintenir l'attractivité.

2.2. DEMOGRAPHIE

2.2.1. DEMOGRAPHIE MEDICALE

2.2.1.1. Sur le territoire métropolitain français, 1734 médecins spécialistes de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) recensés (2/3 de sexe masculin) ont un âge moyen de 48 ans (51 ans en libéral) et exercent pour 1/3 en libéral, 1/3 salarié en centre et 1/3 en milieu hospitalier.

La spécialité de MPR, « jeune » puisque créée seulement en 1965, déjà de ce fait « sous représentée » par rapport aux autres spécialités médicales, souffre de la crise démographique : depuis 2004 le déficit s'accroît entre les MPR formés et les cessations d'activité (en 2007 : 20/27).

2.2.1.2. Les médecins MPR deviennent une denrée rare sur le territoire national et particulièrement en Picardie qui « reste la région la plus pauvre avec une densité médicale égale à la moyenne des années 1970 » (Atlas de la démographie médicale en France en 2008. CNOM).

	Nbre MPR	Population	Densité	Déficit
France	1734	61 166 822	2,83	0
Picardie	35	1 885 994	1,96	17

Densité faible	0,29 à 2,34
moyenne	2,34 à 2,69
forte	2,69 à 6,62
Moyenne	2,61

En Picardie la densité des médecins spécialistes de MPR est de 1.96 pour 100 000 habitants (pour une densité moyenne nationale de 2.83). Début 2009, selon les structures et activités existantes, 35 ETP sont en poste, ce qui correspond à un déficit de 17 médecins spécialistes de MPR.

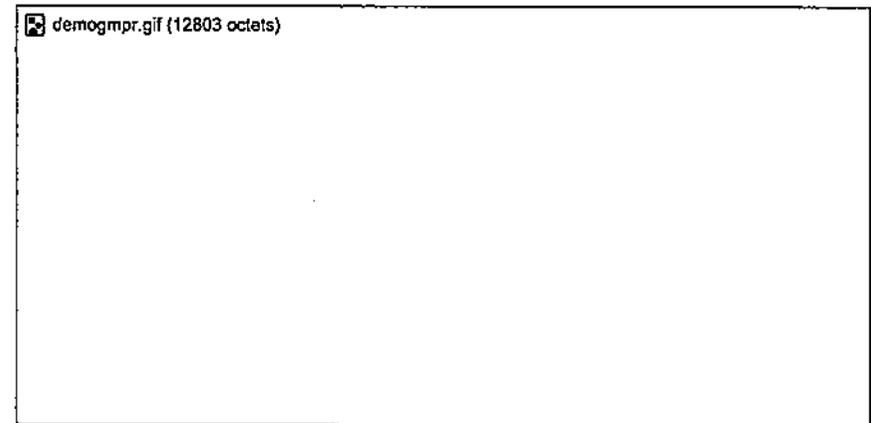
RECENSEMENT MPR exerçant en Picardie 2008

Territoire	ETP	Libéral	Hospitalier	ES privé	Total territoire
NO	4				4
Amiens		2	8	1 (2x0.5)	
Corbie			1	2	
NE	6				6 2 Assistants 1 Spécialiste
St Quentin		1	2		
St Gobain			3 + (2 Assistants Spécialistes)		
Guise			1		
SE					5 + 2 DIU
VSD				4 + (2 DIU)	
Compiègne			1		

MS

SO	NO	NE	SE	St Omer en chausnée	Chaumont en Vexin
Beauvais				1	0
Chantilly FAR					3
Lamorlaye					3
St Omer en chausnée				2 + (1 DIU)	
Chaumont en Vexin					2 + (1 DIU)
PICARDIE	35	168	168	4 DIU	17 4 DIU

Dès 2000, le Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation (SYFMER) suivi par les différentes instances nationales de MPR regroupées dans la Fédération de Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER) avait alerté sur la courbe démographique inquiétante.



2.2.1.3. A ce jour, le positionnement des SSR décrit par certains comme « le poumon des MCO », nécessite des mesures de correction, au minimum déclarer sinistrée donc prioritaire la spécialité de MPR.

La dynamique qualité des instances nationales de MPR depuis plus de 10 ans a permis l'élaboration d'une charte de qualité (1999), de référentiels déclinés par type d'activité (2000), de définition de critères de prise en charge de patients adultes en MPR (2001), de définition des compétences (2008) et complément des critères de prise en charge des patients adultes et enfants (2008). La mission de la spécialité de MPR se trouve confortée par la parution des décrets et de la circulaire de 2008 en terme d'évaluation, coordination des soins, prévention de l'aggravation du handicap et éducation thérapeutique.

Me -

2.2.1.3. Au vu de cet état des lieux et à la lecture des nouveaux décrets 2008 régissant l'activité des structures SSR des pistes stratégiques sont proposées :

- Formation des jeunes médecins :
 - o Renforcer l'intégration de la MPR dans l'enseignement théorique pendant les études médicales,
 - o Favoriser les stages pratiques dans les services de MPR (4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années des études médicales),
 - o Favoriser le choix des étudiants classés à l'ENC (Examen National Classant) vers le DES de MPR en leur proposant un encadrement de qualité (pour ceux qui découvrent tardivement cette spécialité, favoriser l'inscription, les stages et l'encadrement des DIU de médecine de rééducation),
 - o Anticiper les départs en retraite par un nombre suffisant de postes formateurs proposés.
- Attractivité :
 - o Nécessité de développement et connaissance d'un dynamisme régional dans la spécialité avec échanges et coordination entre les différentes structures,
 - o Favoriser le post internat dans un but de fidélisation : chef de clinique – assistant, Assistant spécialiste, etc.,
 - o S'inspirer des référentiels élaborés par les sociétés savantes sur les conditions d'exercice dans les structures SSR relevant de la coordination d'un MPR,
 - o Reconnaissance régionale du service rendu lors de l'engagement de structures SSR vers la prise en charge des affections du système nerveux.
- Organisation de l'offre de soins :
 - o Désignation territoriale et régionale d'établissements sanitaires de proximité et de recours selon le plateau technique existant pour une offre de soins coordonnée et graduée,
 - o Faciliter l'articulation et le développement de complémentarités avec les structures médico-sociales et le secteur libéral.

Ces pistes de réflexion pour des actions stratégiques doivent refléter cohérence et coordination dans l'esprit et le discours mais aussi dans les faits pour une offre de soins de qualité au profit de la population picarde.

2.3. DEMOGRAPHIE PARAMEDICALE

a) MASSO-KINESITHERAPIE

La densité des masseurs-kinésithérapeutes en Picardie est l'une des plus faibles de France : 65, 81 praticiens pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 101,80.

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en 2008 est de 1244, dont 46% de femmes. Le chiffre théorique est de 1920 professionnels (pour une population de 1886 000 habitants en 2006 en Picardie). Le déficit en praticiens s'estime donc à 676.

D'autre part, selon les chiffres du Tableau de l'Ordre au 1er janvier 2009, 135 masseurs-kinésithérapeutes prendront leur retraite dans les cinq ans.

Sur les 1244 masseurs-kinésithérapeutes en exercice en 2008, 305 sont salariés, soit 24.5% (264 salariés hospitaliers et 41 autres).

Plus d'une vingtaine de postes en équivalent temps-plein sont à pourvoir dans les établissements de santé dans la Somme.

La mission Santé du Conseil Régional de Picardie interroge chaque année les jeunes diplômés sur leurs perspectives d'installation. Le recrutement des étudiants est régional par la Faculté de Médecine et la faculté de STAPS pour 35 sur 40 d'entre eux. Les cinq autres proviennent de la région Champagne-Ardenne par la Faculté de médecine de Reims. 35% des nouveaux diplômés envisagent de quitter la région.

Le souhait d'exercice des jeunes diplômés est l'installation libérale pour 66% d'entre eux, l'exercice dans un établissement privé pour 31% et dans un établissement public pour 3%.

40 Masseurs-Kinésithérapeutes par an sont diplômés à l'IFMK d'Amiens soit 200 nouveaux praticiens pour 5 ans. Ce nombre compense à peine la fuite vers d'autres régions et les départs en retraite. Le déficit régional reste donc constant.

Une solution peut permettre de remédier à cette situation en deux volets :

- Pour les salariés :

Le Conseil Régional de Picardie offre une subvention aux établissements de soins qui, par convention avec un étudiant en institut de formation, lui verseront une bourse de fidélisation pour une durée de 12, 18 ou 24 mois, en contrepartie de son engagement à travailler dans l'établissement pendant une durée de 18, 24 ou 36 mois après l'obtention de son diplôme. Le montant de la subvention régionale est de 4 800 € pour 12 mois d'études (6 bénéficiaires en 2007 pour 28 propositions d'établissement de soins).

- Pour réduire le déficit global :

Porter à 55 le quota d'admission et augmenter les capacités de formation de l'IFMK (locaux, matériels et formateurs) pour compenser en 40 ans le déficit régional de praticiens.

b) ORTHOPHONIE

Il existe une pénurie d'orthophonistes en Picardie. La densité y est entre 13 et 17.5 professionnels pour 100 000 habitants. Celle-ci se répartit en France entre 8.9 et 34.1 pour 100 000 habitants (source DRESS Adeli au 01-01-08).

L'enseignement se répartit sur 4 années universitaires, et est soldé par le certificat de capacité d'orthophoniste (CCO).

Un projet de création d'un institut de formation en orthophonie est en cours de réalisation au CHU d'Amiens. Sous réserve de son financement par le conseil général, l'ouverture est prévue pour la rentrée 2009-2010, pour une capacité d'accueil de 35 personnes (projet pédagogique finalisé, équipe pédagogique constituée et terrains de stage identifiés).

c) ERGOTHERAPIE

Il n'y a pas en Picardie de réelle pénurie d'ergothérapeutes par rapport aux postes créés, mais plutôt une nécessité d'affirmation de la spécialisation. En effet l'ergothérapie, profession qui s'inscrit au sein de l'équipe pluridisciplinaire de rééducation, doit affirmer son identité dans le secteur de la réadaptation, et son rôle essentiel dans la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social (étude du logement pour le retour à domicile, ...).

Les ergothérapeutes évaluent les conséquences motrices, sensitives, sensorielles, psychologiques de la maladie, mais aussi l'environnement (matériel, social, familial) de la personne. Ils détectent, analysent les facteurs et situations qui rendent la personne dépendante. Ils rédigent un cahier des charges des propositions et, en collaboration avec les assistantes sociales, bâtissent un plan de financement des aides techniques ou des modifications de l'habitat.

L'enseignement se répartit sur trois années en deux cycles d'études et est soldé par un diplôme d'état (DE) en ergothérapie.

3. LA COORDINATION TERRITORIALE

Il existe en Picardie des coordinations territoriales en SSR opérationnelles. Pour l'instant, celles-ci sont organisées à petite échelle et ne reposent pas sur des outils web comme le préconise la circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008.

La coordination CHU – CRF des 3 Vallées de Corbie – Henriville en est un exemple.

Le projet médical de la structure a été réalisé avec les médecins MPR du CHU d'Amiens. Il définit le type de patients nécessitant une prise en charge rééducative au sein du CHU, du CRF du site de Corbie, d'autres structures SSR, ou à domicile. Il précise les critères d'inclusion et d'exclusion, notamment en fonction de la stabilité de l'état clinique du patient. Une instance de coordination du Groupement de Coopération Sanitaire a été constituée, comprenant notamment un coordonnateur médical (médecin MPR) et un coordonnateur paramédical (cadre supérieur de santé rééducation).

Des réunions du Groupement de Coopération Sanitaire incluant les médecins MPR du CHU sont organisées afin de réajuster les niveaux de coopération entre le CHU et le CRF de Corbie. Un médecin MPR du CHU spécialisé en neurologie assure chaque semaine l'évaluation des patients en court séjour dans ce domaine.

La coordination est organisée :

- en interne, par l'intermédiaire d'une centrale d'admission unique sous la responsabilité des deux coordonnateurs du GCS, et après deux réunions hebdomadaires d'examen des dossiers d'admission.
- en externe, entre le SSR Henriville et le CRF des 3 Vallées de Corbie, sous la forme d'une vacation au SSR Henriville d'un médecin MPR du CRF des 3 Vallées afin de proposer les réorientations temporaires ou définitives du CRF vers le SSR et d'évaluer les patients susceptibles d'être transférés sur le CRF.

D'autre part, il existe des conventions entre les établissements permettant une coordination effective (par exemple entre le CH de Saint Quentin et La Renaissance Sanitaire à Villers Saint Denis).

4. ORIENTATIONS DU SROS 3 REVISE

4.1. OBJECTIFS GENERAUX DU SROS 3

La structuration des SSR sur un territoire doit permettre d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre de soins.

L'organisation de l'offre de soins de suite et de réadaptation doit prendre en compte le besoin de soins en SSR et l'optimisation des structures autorisées.

L'évaluation du besoin de santé doit prendre en compte les projections du vieillissement de la population et le dimensionnement des capacités d'aval des services de MCO. Elle doit également mettre l'accent sur les besoins non couverts : post-aigu, AVC, patients lourds, avec dépendance vitale, « en impasse hospitalière », blocage de filières, maladies rares, etc.

Ces besoins devront atteindre une certaine masse critique en volume pour justifier l'implantation géographique et le degré de technicité des plateaux techniques, afin de maintenir des seuils d'activité suffisants et la présence d'une compétence médicale et paramédicale conforme aux décrets.

L'organisation de l'offre s'inscrit de manière coordonnée dans un principe de gradation :

- structures de SSR développées sur l'ensemble du territoire à un bon niveau de proximité, au sein d'établissements de santé publics et privés, y compris en CHU et en hôpital local,
- structures de SSR spécialisées desservant un territoire et une population dont la dimension permette d'optimiser le fonctionnement du plateau technique et humain. Elles auront un rôle de recours et d'expertise vis-à-vis des autres structures autorisées en SSR.

4.2. CONTEXTE DU PMSI SSR ET DE LA REFORME DE LA TARIFICATION SSR

La mise en œuvre de la tarification à l'activité est une évolution fondamentale dans la logique de financement des établissements de santé. Elle a pour but d'équilibrer les financements en fonction de l'activité produite et de parvenir à une meilleure utilisation des ressources.

Avant la T2A, les ressources allouées étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente (moyens déconnectés de l'évolution de l'activité).

Avec la T2A, les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes.

Il est à ce titre important de rappeler que le financement en T2A n'est pas lié au caractère spécialisé ou non de la structure mais à la lourdeur des patients et à la nature des prises en charge.

L'application de la T2A au secteur SSR se décline en trois volets qui se complètent : volet législatif, volet technique, et élaboration d'une nouvelle Echelle Nationale des Coûts.

Le dispositif s'appuie sur les décrets d'avril 2008 sur le SSR et en la circulaire d'Octobre 2008.

Le volet technique consiste en la mise en œuvre d'un modèle transitoire du PMSI avec nouveau format depuis le 29 décembre 2008, visant au modèle cible PMSI/T2A SSR pour 2012.

a) les modifications par rapport à la classification en Groupes Homogènes de Journées (GHJ)

- Disparition des 279 GHJ, remplacés par 69 Groupes de Morbidité Dominante (GMD) dont 47 pour les adultes et 27 pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Redistribution des Catégories Majeures Cliniques (CMC) en 12 catégories, avec disparition des CMC « attente de placement » et « gériatrie aiguë »,
- Listes de morbidités et hiérarchie ajustées pour les GMD,
- Procédures Cliniques Lourdes et Procédures Cliniques Très Lourdes prises en compte dans les comorbidités,
- Classes d'âges : 3 pour la pédiatrie et 4 pour les adultes,
- Dépendances physiques et cognitives : effet continu linéaire, pas de seuil,
- Activités de Rééducation - Réadaptation : nombre d'activité parmi 12, seuil minimum de temps ajusté, activités « rééducation collective », « bilan », « physiothérapie », « balnéothérapie » avec coefficient 1/2, suppression du recueil des temps,
- Type de finalité de prise en charge pris en compte (rééducation / autres),
- Type d'hospitalisation (complète / partielle) pris en compte.

b) les principes du modèle de financement

Objectif : pour plus d'équité et d'adaptabilité, financer chaque établissement en fonction de son activité médicale (T2A) en fonction des données médicalisées obligatoires (PMSI SSR) et avec prise en compte du volume et de la structure de l'activité (lourdeur).

• Modèle ciblé avec 4 compartiments de financement

• Activité + 3 compartiments complémentaires :

- compartiment « MIGAC » (arrêté MIGAC + spécificités SSR),
- compartiment « Médicaments onéreux et dispositifs médicaux »,
- compartiment « Plateaux techniques spécialisés ».

c) la valorisation de l'activité en SSR :

Au moyen de l'IVA-SSR : Indicateur de Valorisation de l'Activité en SSR

= méthode de valorisation en points des journées SSR des résumés hebdomadaires de façon additive

Après classement du Résumé Hebdomadaire Anonymisé dans un GMD « n » (parmi les 69), intervient la Valorisation du RHA =

Nombre de points de base du GMD « n »

+ Nombre de points lié à la classe Age

+ Nombre de points lié à la Dépendance physique

+ Nombre de points lié à la Dépendance cognitive

+ Nombre de points lié au Nombre activités CDARR

+ Nombre de points lié aux Comorbidités (diagnostics ou actes)

+ Nombre de points lié au Type de finalité de prise en charge (rééducation)

+ Nombre de points lié au Type hospitalisation (H Complète /H partielle)

Nombre de points IVA par jour RHA x nombre de jours de présence du RHA
Application sur tous les RHA (activité SSR) de chaque établissement

d) les évolutions documentaires par l'ATIH

- des formats du RHS : M05 et M15,
- du Guide méthodologique de production des RHS,
- du Catalogue des Actes de Rééducation – Réadaptation,
- du Manuel de Groupage.

L'élaboration d'une nouvelle Echelle Nationale des Coûts commune (ENCc)

Afin d'actualiser l'ENC datant de 2001-2003, l'élaboration d'une nouvelle ENC dite ENC commune (public/privé) est entreprise en 2009 dans certains établissements sélectionnés (case-mix, comptabilité analytique). Les retraitements comptables et la constitution de fichiers de données ENCc SSR sont programmés pour l'été 2010, avec validation en décembre 2010, puis publication de l'ENCc selon le calendrier prévisionnel.

4.3. CONDITIONS D'IMPLANTATION ET CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT selon les décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 et la circulaire d'application N°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008.

4.3.1. CONDITIONS D'IMPLANTATION

Le décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation avait distingué l'activité de soins de suite d'une part, de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle d'autre part. Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 les réunit en une seule activité de « soins de suite et de réadaptation ». La réponse au besoin du patient dans le champ SSR fait en effet appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR : les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la réinsertion. Ces différentes missions sont mises en œuvre à des degrés d'intensité variable et à des moments différents selon l'état du patient et l'orientation médicale de la structure.

Le décret prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions supplémentaires :

- une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent,
- cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges (enfants de moins de 6 ans ou enfants de plus de 6 ans et adolescents).
- la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
 - o affections de l'appareil locomoteur,
 - o affections du système nerveux,
 - o affections cardio-vasculaires,
 - o affections respiratoires,
 - o affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien,
 - o affections onco-hématologiques,
 - o affections des brûlés,
 - o affections liées aux conduites addictives,

- o affections des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.

La nouveauté introduite par les décrets n'est pas la reconnaissance de catégories d'affections mais le caractère spécialisé de leur prise en charge. C'est le niveau de prise en charge qui justifie la mention spécifique et non la discipline médicale.

Le tronc commun de l'autorisation en SSR (c'est-à-dire le SSR adulte non spécialisé) s'applique aux structures qui se verront reconnaître une ou plusieurs mentions spécialisées. Cette construction de l'activité de soins a pour objet de garantir la mission d'accessibilité et de proximité des structures SSR sur le territoire, même si leur niveau de spécialisation en fait aussi des structures de recours. **Ce principe d'accessibilité devra être inscrit dans le CPOM de l'établissement, signifiant que celui-ci ne devrait pas pouvoir refuser d'accueillir des patients relevant d'une prise en charge non spécialisée dans sa spécialité.**

4.3.2. PRINCIPES D'ORGANISATION

Les principes d'organisation définis dans la circulaire sont :

- **L'évaluation des besoins médicaux avant toute admission**, synthétisée sous forme de « fiche de pré-admission médicale » : l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement évalué. En vertu de l'article D.6124-177-5, tous les établissements autorisés en SSR doivent mettre en place un outil permettant d'évaluer l'adéquation du patient aux prises en charge qu'ils offrent ;
- **la mise en place de coordination en SSR** : compte tenu de la diversité des prises en charge en SSR, il est indispensable d'organiser des coordinations territoriales de l'offre de soins en SSR, dont les missions sont détaillées dans la circulaire DHOS d'application ;
- **l'inscription dans les réseaux particuliers ou filières de prise en charge** : certaines filières de prise en charge (gériatrie, l'addiction, les brûlés) ; structures médico-sociales (établissements, CLIC, MDPH, UEROS) ; compétences obligatoires d'assistante sociale ;
- **la mission d'expertise et de recours** : pour les établissements autorisés en SSR avec mention spécialisée ;
- **l'inscription dans le Répertoire Opérationnel de Ressources (ROR).**

Pour cela, il est indispensable :

- De lutter contre les cloisonnements existants : inter-services, patient-famille, hôpital-ville, sanitaire – médico-social,
- De développer les modalités de prise en charge sanitaires extra-muros et médico-sociale (ambulatoire, institutionnel, familles d'accueil),
- D'améliorer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, ce qui est en cohérence avec les projets de réorganisation de l'offre de soins (loi HPST, projet des Agences Régionales de Santé).

4.3.2.1. La prise en charge doit en être améliorée en amont des SSR :

- Favoriser le développement des unités neuro-vasculaires, accueil gériatrique aux urgences,

- Elaboration d'une fiche médico-familio-sociale dès le service de court séjour avec identification d'un référent pour le patient,
- Diminuer les effets « iatrogènes » collatéraux des services de courts séjours :
 - o Développer les équipes mobiles gériatriques,
 - o Créer des équipes mobiles de MPR,
 - o Création d'un « comité du maintien en fonction »,
- Optimiser l'orientation vers les SSR : améliorer la coordination en SSR.

4.3.2.2. Il est nécessaire d'accroître le service rendu en SSR :

- Approche de type 3R (rééducation-réadaptation-réinsertion) interdisciplinaire sanitaire et sociale, programme de soins et d'interventions interdisciplinaires individualisées;
- Équipes partagées inter SSR si nécessaire ;
- Culture et modalités « trans-murales » :
 - o synthèses patient – famille,
 - o visites à domicile (ergothérapeute – assistante sociale),
 - o sorties thérapeutiques,
 - o éviter la rupture du projet de soins : transmissions, synthèses, dossier médical partagé ;
- Développer des organisations transitionnelles : fiches de liaison interdisciplinaires.

4.3.2.3. La réinsertion en SSR :

L'article L.6111-2 du code de la santé publique dispose que « Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser (...) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ».

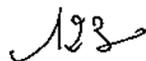
Cette mission est précisée dans la circulaire n° 841 du 31 décembre 1997 qui en décline les différentes étapes :

- Restauration somatique et psychologique
- Éducation du patient et de son entourage
- Préparation de la sortie et de la réinsertion
- Prise en compte éventuelle de la dimension professionnelle.

La qualité de vie après consolidation de la maladie dépend du succès de la réinsertion socioprofessionnelle : les Centres de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles (CRRF) sont donc les lieux désignés pour assurer la réussite de ce pan de la prise en charge.

L'association **COMETE France (Communication Environnement Tremplin pour l'Emploi)** accompagne les établissements dans la prise en charge précoce du projet de réinsertion professionnelle de personnes affrontant les séquelles de leur maladie en fédérant l'expertise des services de rééducation et de réadaptation au travers d'un label. Ce label traduit les engagements que tout établissement adhérent est tenu de respecter. Il vise à assurer une prise en charge optimale de la réinsertion précoce socioprofessionnelle via la mise en place de moyens techniques et humains spécifiques nécessaires pour favoriser un retour à la vie sociale et professionnelle en milieu ordinaire de travail.

En Picardie, le **CRRF Saint Lazare de Beauvais** est labellisé COMETE depuis 2006. La mise en place au sein de l'établissement labellisé d'une équipe pluridisciplinaire dévolue à la réinsertion des patients handicapés, vise à une prise en charge précoce, globale,



interdisciplinaire en vue d'une insertion sociale et professionnelle intégrée dans le programme de soins.

Cette démarche de singularisation de la qualité de prise en charge que propose l'association COMETE au sein de cet établissement est unique au sein de la filière de prise en charge des patients en situation de handicap, et bénéficie du soutien de l'ARH de Picardie.

4.3.2.4. Afin d'améliorer la prise en charge en aval et compléter les possibilités de parcours, il convient également de développer les alternatives, en liaison permanente avec le médecin traitant du patient :

- Equipe mobile hors les murs ;
- HAD (Hospitalisation à domicile)
 - o HAD généraliste,
 - o HAD rééducation – réadaptation : développer une orientation rééducation réadaptation en s'appuyant sur une HAD existante (quelques exemples sur le territoire français) ;
- Hôpital de jour ;
- SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) classique, pour les personnes âgées de plus de 60 ans mais également les moins de 60 ans avec handicap (compensation PCH). Une réflexion doit être menée sur la possibilité d'un « SSIAD + » permettant la prise en charge des patients très dépendants, et ses modalités (formation des personnels, organisation, place de la rééducation, financement) ;
- Réseaux de santé (maladies chroniques, handicap lourd) ;
- CLIC, MAIA, ... ;
- Anticiper les relais vis-à-vis du médicosocial et du social d'accès immédiat (MDPH, CG-APA) ;
- Créer et s'articuler avec le secteur médico-social ambulatoire : SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées), SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), SAAD, UEROS, SESSAD et SESSD (Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile), IEM, IME ;
- Contribuer à l'élaboration du PPC (plan personnalisé de compensation) ;
- Développer également la coordination post-SSR ;
- Prévoir un suivi au long cours, notamment pour l'aide aux aidants.

4.3.2.4. Amélioration de la coordination

A terme, l'objectif idéal serait la création d'une large plate-forme « SSR » opérationnelle (SSR – HAD – HJ – SSIAD – SESSAD – SAMSAH – SAVS – SAJ – Réseau de santé – MAIA - coordinations sociales) permettant d'optimiser l'articulation entre les différents acteurs et de mutualiser les moyens.

Dans un 1^{er} temps, il faut cependant renforcer les modalités de coordination en SSR.

Pour ce faire, l'outil « Trajectoire » développé en région Rhône-Alpes est cité dans la circulaire DHOS. L'objectif de cette plateforme Web est d'optimiser l'orientation des patients issus des services de soins de courte durée vers les structures SSR.

Cette plateforme dispose des outils suivants :

- Une fiche de demande d'admission en SSR standardisée,



- **Un annuaire des structures SSR détaillant les spécialités et moyens de chaque structure**
 - o les compétences et effectifs pour la rééducation : assistante sociale, diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, neuro-psychologue, orthophoniste,
 - o les compétences pour la réinsertion : auto-école, mission UEROS, soutien scolaire,
 - o l'accès sur place à l'exploration fonctionnelle : analyse du mouvement, explorations neurologiques, urologiques, radiologie,
 - o l'accès sur place à un plateau technique de rééducation : appareillage, balnéothérapie, ergothérapie, rééducation conventionnelle.

Ces éléments aident ainsi les structures MCO à orienter leurs patients vers la structure SSR disposant de disponibilités et disposant du plateau technique le plus approprié pour la prise en charge de la pathologie du patient.

L'objectif est de pouvoir doter la région Picardie de cet outil dès 2009/2010 avec un déploiement expérimental sur une zone de dimension infra territoriale comme celle de la Communauté Hospitalière de Territoire de l'Oise ouest (CH2O). Cette phase sera suivie d'un déploiement régional.

Cependant, l'outil web ne saurait être la seule modalité de coordination.

Il faut pouvoir développer des coordinations de deux ordres :

- 1) **Soit pour la coordination au sein d'une aire géographique déterminée,**
- 2) **Soit pour la prise en charge de pathologies spécifiques (développement de filière de soins) :**

A ce titre, un projet comme GEODE est une coordination de cet ordre. C'est un réseau Ville – Hôpital, qui intervient sur le thème de la dénutrition et s'adressant à la population du Pays de l'Omois dans l'Aisne englobant les cinq cantons autour de la ville de Château-Thierry.

Le projet GEODE a quatre objectifs essentiels :

- Former toutes les personnes entourant les personnes âgées vivant à domicile, en EPHAD, et en établissements de soins, à la prise en charge de la dénutrition,
- Créer une U.T.N. (Unité Transversale Nutritionnelle),
- Informer et sensibiliser la population aux problèmes de la dénutrition et ainsi la prévenir,
- Recenser les personnes dénutries par le biais de la formation de toutes les personnes entourant les personnes âgées et les prendre en charge activement et efficacement.

4.3.3. MODALITES DE PRISE EN CHARGE EN SSR :

Des éléments communs de prise en charge en SSR sont précisés dans les décrets, ainsi que des objectifs communs aux structures autorisées avec la mention enfants/adolescents.

Les fiches de prise en charge spécialisées en SSR (circulaire DHOS) ont été conçues comme des outils d'aide à la décision.

Elles décrivent de façon synthétique les principaux éléments discriminants des prises en charge spécialisées en SSR par rapport à une prise en charge en SSR polyvalent. Elles abordent :

- les critères d'orientation pour une prise en charge spécialisée en SSR,
- les services attendus au titre de la spécialisation :
 - o caractéristiques des patients pris en charge (patients les plus lourds que la structure doit être capable de prendre en charge),
 - o pathologies spécifiques prises en charge,
 - o compétences,
- les moyens matériels :
 - o éléments obligatoires réglementaires,
 - o éléments spécifiques minimums souhaitables au titre d'un plateau technique spécialisé.

La circulaire DHOS apporte notamment des recommandations sur les modalités de rééducation pour les SSR spécialisés (définition et temps) :

- rééducation complexe et intensive, c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins 2 heures par jour pour l'adulte et au moins une heure par jour pour l'enfant pour :
 - o les affections de l'appareil locomoteur,
 - o les affections du système nerveux,
 - o les affections respiratoires,
 - o les affections des brûlés,
 - o les affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.
- rééducation complexe et intensive, c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins 3 heures par jour pour :
 - o les affections cardio-vasculaires,
 - o les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien.
- réadaptation complexe et intensive, c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins 5 heures par jour pour les affections liées aux conduites addictives.

4.3.4. EFFECTIFS MEDICAUX

Le SYFMER (Syndicat Français de MPR), dans les suites de la signature de la charte de qualité en MPR, a proposé des référentiels dans lesquels il est recommandé l'exercice d'un médecin MPR temps plein et 1 médecin adjoint temps plein par unité d'hospitalisation de 30 lits. Ces indications sont à moduler selon la capacité des établissements. Le présent volet du SROS 3 les mentionne à titre indicatif, mais non opposable.

4.4. RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES CLINIQUES

Des référentiels de prise en charge ont été publiés par la Haute Autorité en Santé concernant l'indication de rééducation après chirurgie orthopédique :

- recommandations du 29/03/2006 portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des Soins de Suite et de Réadaptation mentionnés à l'article L.611-2 du code de Santé Publique ;

125-

125

- recommandations professionnelles de janvier 2008 : critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en Soins de Suite et de Réadaptation après :

- chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties d'épaule,
- ligamentoplastie du croisé antérieur du genou,
- arthroplastie totale du genou.

4.5. UNITES COGNITIVO COMPORTEMENTALES EN SSR

La circulaire n° DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012 préconise l'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Cette mesure vise à identifier au sein des services de SSR existants des unités de réhabilitation cognitivo-comportementales (UCC) de 10 à 12 lits à orientation polyvalente ou gériatrique.

Elle précise dans ses annexes :

- le cahier des charges des UCC en SSR (annexe 3) : principes d'organisation générale, critères d'orientation, nature des soins, ressources humaines, considérations architecturales et matérielles,
- la répartition régionale des UCC en SSR (annexe 2).

Pour la Picardie, le nombre total d'unités à identifier est de 3 : une en 2008, une en 2010 et une en 2012.

Pour la première unité, c'est le CHU d'Amiens qui a été retenu (unité de 10 à 12 lits).

Un appel à projet a été lancé pour les 2 autres sites. La lettre de la directrice de la DHOS du 8 janvier 2009 précise les modalités de financement des futures UCC, ce qui permet d'accepter les projets des établissements de santé publics comme privés.

Cependant, si le plan ALZHEIMER national prévoit d'accompagner la région par le financement d'une unité en 2008, une unité en 2009, une unité en 2012 donc 3 unités de 10 à 12 lits, cela répondra mieux mais sans doute pas totalement aux besoins de la région Picardie.

L'évolution des populations, la prévalence et le développement de la maladie au sein de la population âgée (meilleur diagnostic,...) pourrait conduire à la perspective d'un doublement des capacités au terme du SROS 3 selon le schéma suivant :

Territoire Nord Ouest	Une à deux unités dont une au CHU (unité de 20 lits; site pré financé en 2008 et 2009)
Territoire Nord Est	Une à deux unités de 10 à 12 lits : 1 site au moins en secteur public (Saint Quentin ou Laon)
Territoire Sud Ouest	Une à deux unités de 10 à 12 lits : <ul style="list-style-type: none"> • Beauvais au CH ; établissement ayant répondu à l'appel à

	projets régional et retenu pour 2010 ou 2012 <ul style="list-style-type: none"> • Breteuil à l'Institut médical NOBLE AGE
Territoire Sud Est	Une à deux unités de 10 à 12 lits : <ul style="list-style-type: none"> • Villiers Saint Denis a répondu à l'appel à projets régional • 1 second site
PICARDIE	4 à 7 unités de 10 à 12 lits

En complément de ces unités cognitivo comportementales, il paraît opportun que chaque territoire de santé dispose au moins d'une unité de SSR de jour, située à proximité d'une unité d'accueil médico sociale pour personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER, et conventionnée avec les établissements de santé sièges d'une consultation mémoire ou d'une unité UCC SSR « ALZHEIMER ».

A l'horizon 2012, il faudrait que chaque territoire de santé puisse disposer d'1 à 2 implantations de ce type. Le territoire Nord Est bénéficie depuis 2009 d'une unité de 10 places au CH de Chauny, en cours de mise en place.

Enfin, il apparaît que l'organisation des unités SSR UCC temps plein doit être conçue de façon extrêmement attentive, afin d'éviter les difficultés liées à la cohabitation de personnes souffrant de troubles psychologiques et du comportement parfois envahissants et incompatibles avec la mixité d'une unité accueillant des personnes fragiles en SSR.

4.6. ETATS VEGETATIFS CHRONIQUES ET ETATS PAUCI RELATIONNELS

Définitions :

On parle d'état végétatif chronique (EVC) lorsque l'état végétatif perdure au-delà d'un délai variable selon la pathologie causale (3 à 6 mois pour les états végétatifs d'origine médicale, 12 à 18 mois pour les états végétatifs d'origine traumatique) avec un espoir devenu minime d'une évolution vers un retour à la conscience. Ces délais sont indicatifs et n'ont pas de valeur absolue.

L'état végétatif est qualifié d'état pauci-relationnel (EPR), lorsque le malade répond à quelques stimulations.

En terme de filière de prise en charge, les patients en état végétatif chronique et les patients en état pauci-relationnel constituent une population suffisamment homogène pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge commune.

Réglementation :

- L'arrêté du 10 décembre 2004 modifiant l'arrêté du 9 décembre 1988 relatif à la fixation d'un indice de besoins pour certains moyens d'hospitalisation

- o « Art. 1er. - L'indice de besoins afférent aux moyens d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation est fixé de 1 à 1,8 lit pour 1 000 habitants. Cet indice est appliqué à la population d'une région sanitaire.
- o Cet indice ne s'applique pas aux lits de soins de suite ou de réadaptation exclusivement destinés à l'hospitalisation des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel. ».

- La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel : « Il est demandé à l'ensemble des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de développer une organisation reposant sur de petites unités d'accueil au long cours de ces personnes en EVC ou en EPR, de 6 à 8 lits.

Il leur appartient de déterminer la localisation de ces unités en fonction des besoins recensés, en veillant à leur répartition optimale et à leur accessibilité, notamment en termes de proximité pour les familles et de transports en commun.

En s'appuyant sur les données épidémiologiques actuellement disponibles, il semble que l'on doive s'approcher de la constitution d'une telle unité pour tout bassin de population de 300 000 personnes, sauf cas particulier à apprécier localement par l'ARH. Il semble également indiqué qu'il y en ait au moins une par département. »

Les unités EVC-EPR sont de préférence accolées à des structures autorisées en SSR, mais ne sont pas systématiquement elles-mêmes autorisées en tant que structure de SSR.

129

5. ETUDE DES BESOINS

1) La méthodologie

Il a été effectué une analyse du flux de patients entre le MCO (données PMSI 2007) et le SSR afin d'objectiver d'éventuels besoins :

- Extraction de l'ensemble des séjours MCO ayant été suivis d'un séjour en SSR,
- Analyse de leurs durées de séjours et comparaison avec les durées de séjour nationales

L'hypothèse de travail est la suivante : tous les séjours anormalement longs traduisent un retard d'admission en SSR.

2) Analyse globale :

14 635 séjours MCO ont été suivis d'un séjour en SSR,

Sur l'ensemble de ces séjours la performance de la DMS est faible : 0.76,

En comparant chacun de ces séjours à la DMS nationale, on constate que chaque séjour a en moyenne 3.3 jours inadéquats représentant un nombre total de jours inadéquats de 48 712 jours.

3) Analyse par Catégorie Majeure de Diagnostic

5 CMD sur 25 (hors CMD 24 et 28), représentant chacune entre 700 à 1800 séjours MCO ont été suivis d'un séjour en SSR.

Pour ces 5 CMD, la DMS est supérieure de 5 à 6 jours par rapport à la DMS nationale. Il s'agit des CMD détaillées dans le tableau suivant :

CMD	Nombre de séjours MCO suivis d'un séjour SSR	Performance de la DMS	Nombre moyen de journées inadéquates par séjour	Nombre total de journées inadéquates
CMD 05 Affection de l'appareil circulatoire	1826	0.70	4.5	8174
CMD 01 Affection du système nerveux	1573	0.72	4.9	7642
CMD 04 Affection de l'appareil respiratoire	1051	0.66	6.1	6446
CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé	788	0.6	5.7	4452
CMD 06 Affections du tube digestif	770	0.69	5.7	4415

- Seules 2 CMD disposent d'un nombre élevé de séjours où la DMS est inférieure à la DMS nationale, la CMD 08 et 19.

130

CMD	Nombre de séjours MCO ayant une DMS < à la DMS nationale	Performance de la DMS	Nbre moyen de journées « gagnées » par séjour	Nbre total de journées « gagnées »
CMD 08 Affection de l'appareil musculo-squelettique	2398	1.07	0.87	2101
CMD 19 Troubles mentaux	243	1.07	1.08	263

Cette étude a mis en évidence des besoins en SSR spécialisés pour

- le système nerveux,
- les affections cardio-respiratoires
- les affections de l'appareil digestif.

Il existe également un besoin en lits identifiés en soins palliatifs.

4) Etude des flux par établissement

Le tableau ci-dessous liste par CMD les établissements réalisant la majorité des séjours MCO suivis d'un séjour SSR.

CMD	Territoire			
	Nord-Ouest	Nord-Est	Sud-Est	Sud-Ouest
CMD 08 Affection de l'appareil musculo-squelettique	1 762 séjours 37% au CHU Amiens 33% à polyclin. de Picardie 11% à Clin. Pauchet 10% au CH Abbeville	1 030 séjours 46% au CH St Quentin 17% au CH Laon 10% au CH Chauny	846 séjours 38% au CH Soissons 22% au CH Compiègne 15% à la polyclin. St Côme 12% au CH Château Thierry 12% à la Clinique St Christophe	1 105 séjours 23% au CH Creil 22% au CH Beauvais 15% au CH Senlis 12% à la Clin. du Parc St Lazare
CMD 01 Affection du système nerveux	498 séjours 67 % au CHU Amiens 21% au CH Abbeville	452 séjours 40 % au CH St Quentin 10% au CH Laon 17% au CH Chauny	296 séjours 43 % au CH Soissons 38% au CH Compiègne 17% au CH Château Thierry	327 séjours 40 % au CH Creil 24% au CH Beauvais 20% au CH Senlis
CMD 05 Affection de l'appareil circulatoire	498 séjours 67% au CHU Amiens 21% au CH Abbeville	452 séjours 40 % au CH St Quentin 10% CH Laon 17% CH Chauny	431 séjours 36% au CH Compiègne 26% au CH Soissons 12% au CH Château Thierry	255 séjours 47% au CH Creil 21% au CH Beauvais 15% au CH Senlis

CMD 04 Affection de l'appareil respiratoire	216 séjours 38 % au CHU Amiens 26 % au CH Abbeville 10% au CH Albert	372 séjours 36 % au CH St Quentin 10% CH Laon 21% CH Chauny	208 séjours 30% au CH Château Thierry 27% au CH Soissons 20% au CH Compiègne	255 séjours 47% au CH Creil 21% au CH Beauvais
CMD 06 Affections du tube digestif Et CMD 10	301 séjours 40% au CHU Amiens 17% à la PCP Amiens 17% au CH Abbeville	302 séjours 32 % au CH St Quentin 16 % CH Laon 14 % CH Chauny	192 séjours 32% au CH Soissons 30% au CH Compiègne 32% au CH Château Thierry	209 séjours 33% au CH Creil 26% au CH Beauvais 13% au CH Senlis

Cette étude des flux a été prise en compte dans le cadre des propositions d'implantations des mentions dans un objectif de maintien des flux existants et d'amélioration des filières de prise en charge pour lesquelles les durées moyennes de séjours en MCO s'avéraient assez longues par rapport à la moyenne nationale

6. OFFRE DE SOINS CIBLEE POUR LE SSR EN PICARDIE**6.1. SSR NON SPECIALISES****A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)**

L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins les compétences de médecin, d'infirmier et d'assistant de service social. Elle réalise pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique.

Le titulaire de l'autorisation désigne un ou plusieurs médecins coordonnateurs.

Les effectifs du personnel sont adaptés au nombre de patients.

Le titulaire de l'autorisation prend toutes mesures propres à assurer la continuité médicale des soins.

Un infirmier au moins est présent en permanence sur le site où sont hébergés les patients. Celui-ci peut être mutualisé avec un autre service, dans la mesure où ce service est situé sur le même site.

L'établissement possède :

- des espaces de convivialité,
- des espaces de rééducation,
- Les chambres d'hospitalisation comprennent un ou deux lits. Elles sont équipées d'un dispositif d'appel. L'accès aux fluides médicaux y est organisé dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. Un chariot d'urgence est accessible en permanence

Le titulaire de l'autorisation organise l'accès des patients sur place ou par convention à un plateau technique d'imagerie médicale et à un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

Les avis reposent sur les données déclaratives des établissements et des travaux préparatoires du groupe.

Territoire Nord-Ouest

Etablissements remplissant les conditions réglementaires :

- HL de Saint Valéry
- CH Abbeville
- CHU Amiens
- GCS Henriville Amiens
- Clinique Pauchet
- CH de Corbie

Etablissements devant se mettre en conformité avec les conditions réglementaires :

- CH Albert
- CH Doullens (extension à réaliser)
- CH Montdidier
- CH Roye
- Cliniques du Val d'Ancre et du Val d'Aquennes (projet de réorganisation interne)

En Projet :

- HL de Rue : projet autorisé
- Clinique Sainte Isabelle à Abbeville : projet autorisé
- HL de Poix : projet non encore autorisé

Territoire Nord-Est

Etablissements remplissant les conditions réglementaires :

- CH Le Nouvion
- Maison de santé de Bohain
- CH Hirson
- CH Péronne
- CH Guise
- CH St Quentin
- CH Vervins
- CH Ham
- CH La Fère
- CH Chauny
- CRF Jacques Ficheux
- CH Laon

En Projet :

- Clinique St Claude à Saint Quentin : projet autorisé

Territoire Sud Est

Etablissements remplissant les conditions réglementaires :

- CH Noyon
- CH Compiègne
- CH Soissons
- HL Crépy en Valois
- La Renaissance Sanitaire Villiers St Denis

En projet :

- Clinique St Côme Compiègne : projet autorisé installé depuis avril 2009

Territoire Sud-Ouest

Etablissements remplissant les conditions réglementaires :

- CH Beauvais
- CRF Saint Lazare
- CH Pont Sainte Maxence
- Château du Tillet (projet de réorganisation en cours)
- CH Senlis
- Clinique le Valois à Senlis
- Fondation Rothschild
- CH Chaumont en Vexin

- CRF Léopold Bellan à Chaumont en Vexin
- Pavillon de la Chaussée à Gouviéux
- Maison de repos et de convalescence à Brégy
- Institut Médical de Breteuil

Etablissements devant se mettre en conformité avec les conditions réglementaires :

- CH Clermont
- Fondation Condé

En projet :

- HL de Crèvecœur : projet autorisé
- Site de Méru : projet autorisé
- Creil (hôpital privé, en partenariat éventuel avec Château du Tillet)

6.2. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU ADOLESCENTS

Celui-ci concerne les patients de moins de 18 ans.

A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)

Les obligations suivantes sont requises, en plus des conditions générales :

- Médecin coordonnateur
 - Qualifié en médecine générale ou spécialiste en MPR avec justification d'une formation ou d'une expérience attestées dans la prise en charge de l'enfant
 - Ou spécialiste en pédiatrie (obligatoire si oxygénothérapie, ventilation artificielle ou alimentation parentérale)
- Continuité médicale des soins : par intervention d'un pédiatre ou médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestées dans la prise en charge de l'enfant
- Compétences d'éducateurs de jeunes enfants ou d'éducateurs spécialisés
- Puériculteur si enfants de moins de 6 ans
- Accès sur place ou par convention à un service d'urgence et de réanimation pédiatrique
- Chambres de 4 lits au maximum
- Espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs
- Instruction obligatoire

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

Les établissements suivants accueillant des enfants sont identifiés dans la région :

- Le CHU d'Amiens (territoire Nord-Ouest) : pour la prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur, des affections du système nerveux et des brûlés ;
- Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Bois Larris (territoire Sud-Ouest) pour la prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux.

Pour ces spécialités, il n'y a pas d'autre site identifié ni de projet spécialisé dans les deux territoires Est de la région. La prise en charge est assurée par le centre de l'ADAPT de Cambrai (département du Nord) selon le lieu de domicile des enfants.

Pour la prise en charge de l'obésité morbide chez l'enfant et l'adolescent, un projet est autorisé à Chantilly (ORPEA).

Pour cette pathologie, les recommandations du volet révisé du SROS 3 de Picardie pour la prise en charge des enfants et des adolescents (chapitre 21) sont les suivantes :

- « Nécessité d'au moins une à deux structures (centre d'accueil en soins de suite spécialisés) pour la prise en charge des obésités morbides,
- Il s'agirait de créer un à deux lieux d'accueil de référence pour les enfants de 12 à 17 ans comprenant chacun entre 20 à 30 lits (et fonctionnant en internat, car un éloignement familial est le plus souvent souhaitable) ».

6.3. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)

- Médecin coordonnateur : qualifié spécialiste en MPR ou justifiant d'une formation attestée en MPR (DIU)
- Compétences de masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute
- Prise en charge dans 2 des pratiques thérapeutiques suivantes : masso-kinésithérapie, ergothérapie, orthoprothèse, psychomotricité (chaque jour, pour chaque patient, au moins 2 séquences de traitement dont au moins une séquence de soins individualisés)
- Espaces de rééducation comportant des équipements d'électrophysiothérapie et installation d'une balnéothérapie
- Accès sur place ou par convention d'un atelier d'ajustements d'aides techniques, un atelier d'appareillage et de confection de prothèses et à un laboratoire d'analyse du mouvement

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

Possibilités d'implantations (tableaux indicatifs)

		MENTION LOCOMOTEUR			
territoire	implantation	Nombre de lits	Nbre de Journées (Minimum)	Nbre de Journées (Maximum)	Nbre de lits pour 1 000 habitants
Nord Ouest 528 810 habitants	CH CORBIE	45	13 140	16 097	0,40
	CH PAUCHEP	45	13 140	16 097	
	CHU Amiens	19	5 548	6 796	
	PROJET ABBEVILLE	30	8 760	10 731	
	Préconisation d'un site supplémentaire afin d'atteindre un niveau d'équipement proche de la moyenne régionale	50	14 600	17 85	
	CHU Amiens (spécialité enfants)	22	6 424	7 869	
	TOTAL	211	61 612	75 475	
Nord Est 391 340 habitants	CRF J FICHEUX	73	21 316	26 112	0,34
	CH ST QUENTIN	29	8 468	10 373	
	PROJET PCP ST CLAUDE	30	8 760	10 731	
	TOTAL	132	38 544	47 216	
Sud Est 405 491 habitants	VSD	135	39 420	48 290	0,36
	CH COMPIEGNE	10	2 920	3 577	
	TOTAL	145	42 340	51 867	

Sud Ouest	FONDATION ROTHSCHILD	54	15 768	19 316	0,50
585 946	CRF LE BELLOY	100	29 200	35 770	
habitants	CM L BELLAN	55	16 060	19 674	
	CRF ST LAZARE	60	10 512	11 826	
	CRF Bois Larris (spécialité enfants)	25	7 300	8 943	
	TOTAL	294	85 848	105 164	
TOTAL PICARDIE		782	228 344	279 721	0,41

Lorsque l'on comptabilise le nombre total de lits identifiés (installés et en projet), le nombre de lits pour 1 000 habitants, sur cette spécialité, est de 0,38 au niveau régional (sans prendre en compte le CHU d'Amiens et le CRF Bois Larris spécialisés dans la prise en charge des enfants).

Pour les territoires Nord Est, Sud Est et Sud Ouest, l'offre de soins existantes permet de répondre aux besoins. Il n'est donc pas envisagé dans ce schéma de préconisations de sites supplémentaires.

6.4. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)

- Médecin coordonnateur : qualifié spécialiste en MPR ou en neurologie (et accès à l'autre spécialité)
- Compétences de masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste et psychologue
- Prise en charge dans 3 au moins des pratiques thérapeutiques suivantes : masso-kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, prise en charge neuropsychologique (chaque jour ouvré, pour chaque patient, au moins 2 séquences de traitement dont au moins une séquence de soins individualisés)
- Accès sur place ou par convention : réanimation adulte ou pédiatrique et de neurochirurgie.
- Accès sur place ou par convention : EMG, EEG, laboratoire d'urodynamique et laboratoire d'analyse du mouvement

B) ETUDE DES BESOINS

Les études PMSI sur le chaînage MCO-SSR sont en faveur d'un déficit de lits d'aval dans cette pathologie.

Il est indispensable d'identifier des lits dédiés pour les AVC que ce soit en SSR non spécialisé et en SSR spécialisé (prise en charge des affections du système nerveux et personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance).

L'évaluation des besoins en SSR Mention affection du système nerveux a été réalisée dans le volet neurologie du SROS III. L'objectif du volet neurologie est de transférer en SSR, 30% des AVC hospitalisés en court séjour. Parmi ces 30% de patients transférés en SSR, la répartition des prises en charge s'effectue ainsi :

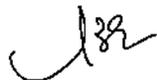
- 60% en SSR mention système nerveux
- 40% en SSR personnes âgées polypathologiques ou SSR indifférencié.

Actuellement seul 10% des AVC bénéficient d'une prise en charge en SSR.

Au regard des 5489 séjours AVC réalisés en unité de court séjour en 2007, ce sont **1647** séjours qui relèveraient d'un transfert en SSR.

Conclusion : à terme ce sont 145 145 journées qui devraient être réalisées en SSR en mention système nerveux dont 64 221 journées pour la prise en charge des AVC.

Quasiment 1 lit sur 2 des SSR mention système nerveux doit être dédié aux AVC.



C) OFFRE DE SOINS CIBLE

Possibilités d'implantations (tableaux indicatifs)

territoire	Implantation	Nombre de lits	Nbre de Journées (Minimum)	Nbre de Journées (Maximum)	Nbre de lits pour 1 000 habitants
Nord Ouest 528 810	GH CORBIE	25	7 300	8 943	0,21
	CL PAUCHET	25	7 300	8 943	
	CHU Amiens	21	6 132	7 512	
	PROJET HOPALE	40	11 680	14 308	
	TOTAL	111	32 412	39 705	
Nord Est 391 340 habitants	CRF J FICHEUX	88	25 696	32 120	0,26
	CH ST QUENTIN	13	3 796	4 745	
	TOTAL	101	29 492	36 865	
Sud Est 405 491 habitants	VSD	26	7 592	9 300	0,15
	CH COMPIEGNE	10	2 920	3 577	
	PROPOSITION SITE SUPP (sur capacités existantes)	25	7 300	8 943	
	TOTAL	61	17 812	21 820	
Sud Ouest 585 946 habitants	FONDATION ROTHSCHILD	12	3 504	4 292	0,41
	CRF LE BELLOY	19	5 548	6 796	
	IM BRETEUIL	60	17 520	21 462	
	CM L BELLAN	25	7 300	8 943	
	CRF ST LAZARE	50	8 760	9855	
	CRF Bois Loris (spécialité enfants)	77	22 484	27543	
TOTAL	243	70 956	86 921		
TOTAL PICARDIE		76	150 672	185 311	0,27

Pour cette spécialité, il est à noter que seul le territoire Sud-Ouest ne dispose pas d'établissement SSR ayant un accès sur place à un service de réanimation ou de Soins Intensifs. A ce titre et d'une manière générale, il est nécessaire que la coordination (conventions) soit formalisée entre les services de MCO et de SSR (spécialisés ou non), notamment pour les AVC, visant en particulier la graduation des soins (état stabilisé ou non).

Au regard des besoins identifiés et de la répartition de l'offre de soins dans les 4 territoires de santé, il semble nécessaire dans le territoire Sud Est d'encourager à la création d'une offre de soins supplémentaire pour cette spécialité.



D) TRAUMATISES CRANIO-CEREBRAUX ET MEDULLAIRES

Selon les recommandations de la circulaire du 18 juin 2004 :

- Nécessité d'organiser la filière de prise en charge de l'admission en urgence jusqu'au suivi à long terme des patients et de leur famille dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social (un projet de réseau pour les traumatisés crâniens est en réflexion pour la région)
- Pour les structures de MPR, précision des missions et des compétences.

6.5 SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS CARDIO – VASCULAIRES**A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)**

Le médecin coordonnateur est qualifié spécialiste en cardiologie et maladies cardio-vasculaires, ou en pathologie cardio-vasculaire, ou qualifié spécialiste en MPR (avec formation ou expérience attestée en cardiologie) et accès à un cardiologue

Continuité médicale des soins : cardiologue

Compétences de masseur-kinésithérapeute et diététicien

Un IDE au moins présent dans les espaces de rééducation, avec intervention d'un cardiologue immédiatement en cas de besoin

Accès sur place ou par convention : USIC

Espaces de rééducation : échographe, installation d'épreuves d'effort et des espaces de réentraînement physique, monitoring par télémétrie, chariot d'urgence et de réanimation cardiaque à proximité

Salle d'urgence

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

Possibilités d'implantations (tableaux indicatifs)

territoire	Implantation	Nombre de lits	Nbre de journées (Minimum)	Nbre de journées (Maximum)	Nbre de lits pour 1 000 habitants
Nord Ouest 528 810 habitants	CH CORBIE	50	14600	17885	0,12
	PROJET ABBEVILLE	15	4380	5366	
	TOTAL	65	18 980	23 251	
Nord Est	CH LAON	8	2336	2862	0,06
	PROPOSITION SITE SUPP (sur capacités existantes)	15	4380	5366	
	TOTAL	23	6 716	8 227	
Sud Est habitants	VSD	100	29200	35770	0,39
	CRC LIBELIAN	58	16936	20747	
	TOTAL	158	46 136	56 517	
Sud Ouest	PROPOSITION SITE SUPP (sur capacités existantes)	50	14600	17885	0,09
	TOTAL	50	14 600	17 885	
TOTAL PICARDIE		293	86 452	105877	0,15

Le territoire Sud Ouest ne dispose d'aucune offre de soins identifiée pour cette spécialité.

Le territoire Nord Est ne dispose que de 8 places en hôpital de jour.
Il est donc recommandé pour ces deux territoires de développer une offre de soins pour cette mention comportant une articulation forte avec l'offre de soins en MCO.

3.7.7. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)

- Médecin coordonnateur :
 - Qualifié spécialiste en pneumologie ou
 - Qualifié spécialiste en MPR (avec formation ou expérience attestée en pneumologie) et accès à un pneumologue
- Compétences de masso-kinésithérapie, au moins une séquence de traitement par jour
- Techniques de ventilation mécanique non invasive et oxygénothérapie
- Equipements : geste d'urgence et de réanimation respiratoire notamment intubation trachéale, nébulisations de broncho-dilatateurs, O2 nasale, surveillance continue de la saturation en O2
- Espaces de rééducation : drainage bronchique, massage, réentraînement à l'effort
- Accès sur place ou par convention :
 - réanimation médicale ou soins intensifs adaptés
 - Plateau technique : radiographie du thorax, explorations fonctionnelles au repos et à l'effort, fibroscopies bronchiques et mesure des gaz du sang

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

Possibilités d'implantations (tableaux indicatifs) :

TERRITOIRE	ETABLISSEMENT	PROJETS
NORD-OUEST	Aucun	CH Abbeville (Projet non autorisé) Préconisation d'un site supplémentaire sur le secteur d'Amiens dans la cadre de la pratique de la chirurgie thoracique au CHU d'Amiens et à la Clinique Victor Pauchet
NORD-EST	CH Chauny	
SUD-EST	La Renaissance Sanitaire VSD	
SUD-OUEST	Fondation Rothschild	

Il est nécessaire de disposer d'au moins un site par territoire, et pour les sites supplémentaires :

- cohérence géographique,
- nécessité de complémentarité et graduation des soins (notion de stabilité).

3.7.8. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIFS, METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN

A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)

- Médecin coordonnateur :
 - Qualifié spécialiste en endocrinologie et métabolisme, ou gastro-entérologie, ou titulaire d'un DESC en nutrition
 - Accès à un spécialiste en endocrinologie et métabolisme, ou gastro-entérologie, ou titulaire d'un DESC en nutrition
- Compétences de masseur-kinésithérapie, diététicien et psychologue
- Locaux permettant aux patients et à leur entourage de suivre une réadaptation nutritionnelle et physique

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

Les pathologies recouvertes par cette mention sont très diverses (obésité, dénutrition, pathologies en lien avec l'alcool, ...) et leurs prises en charge peuvent être différentes (cf fiche technique annexée à la circulaire). Il est donc préconisé 1 à 2 sites d'une capacité de minimum 6 à 8 lits par territoire, avec complémentarité des activités.

Précisions relatives à la prise en charge de l'obésité (adultes, enfants) en SSR

Priorité de santé publique émergente, la maladie chronique qu'est l'obésité présente des situations cliniques hétérogènes requérant des stratégies de prises en charge adaptées au sein d'une chaîne de soins où le rôle des intervenants et des structures doit offrir une cohérence thérapeutique durable en lien avec les CLAN ou les UTN.

La gradation des niveaux d'intervention s'étage du premier recours (médecin traitant et pédiatre) au troisième recours (hospitalisation en court séjour et SSR) via un second niveau : les spécialistes en médecine de l'obésité.

Le rapport du Pr Basdevant (« Plan d'action : obésité – établissements de soins », avril 2009) objective des difficultés d'accès aux soins par manque de lisibilité de l'offre de soins, manque de coordination des différents intervenants et inadaptation des équipements hospitaliers.

Le recours aux structures de soins (MCO et SSR) concerne les personnes :

- Présentant une obésité morbide (1% de la population) ou une situation d'obésité complexe
- Hospitalisées pour une affection autre que l'obésité (12 à 16%).

Les séjours en SSR pour patients obèses doivent s'inscrire dans le cadre d'un projet thérapeutique global et structuré, comportant un amont et un aval, dans des établissements adaptés à ce type de prise en charge.

Les circonstances d'admission en SSR sont

- la rééducation motrice (préparation ou suite de chirurgie prothétique),
- suite de soins aigus et éducation thérapeutique,
- perte de poids,
- séjours de répit (maladies rares).

Dans le cas des jeunes obèses, la collaboration des SSR en pédiatrie avec un centre de référence régional ou interrégional voire national est préconisée. L'équipe soignante

43-

44

rassemble un pédiatre compétent en médecine de l'obésité, un diététicien, des IDE et aides soignants formés à ce type de prise en charge, psychologue, collaborant avec l'équipe pédagogique, kinésithérapeutes, ergothérapeutes.

Dans le cas des adultes obèses, leur prise en charge en SSR vise à les réadapter et les réinsérer tout en contribuant à limiter les complications. Ces patients pourraient relever des structures qualifiées pour la mention « affections du système digestif, métabolique et endocrinien » mais également des mentions « appareil locomoteur ». La stratégie thérapeutique est globale offrant une prise en charge en hospitalisation complète ou ambulatoire articulée avec l'amont et l'aval, afin qu'un relais soit organisé à la sortie de la structure de soins.

TERRITOIRE	ETABLISSEMENT	PROJETS
NORD-OUEST	CH Corbie	Groupe Hopale Amiens (projet autorisé)
NORD-EST	CRF J Ficheux	
SUD-EST	La Renaissance Sanitaire VSD	CRC Léopold Bellan (projet non autorisé)
SUD-OUEST	Aucun	Nécessité d'un site pour les adultes pour ce territoire Projet CRF ST Lazare Projet Château du Tillet

MS -

3.7.9. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES

Conditions du décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 :

- Le titulaire doit être membre d'un réseau de cancérologie,
- Le titulaire doit passer une convention avec un ou des titulaires de l'autorisation d'exercer l'activité de soins du cancer quand les dossiers des promoteurs seront autorisés (procédure en cours). Cette convention précise les modalités de transfert des patients, ainsi que les modalités de coopération entre les équipes médicales et paramédicales.

Cette mention est restreinte aux hémopathies malignes de l'adulte. Il est recommandé de ne disposer au niveau de la région que d'un seul site autorisé.

La prise en charge des patients atteints de cancer doit être possible dans toutes les structures autorisées en SSR, que le cancer soit le diagnostic principal ou qu'il soit un diagnostic associé à une autre pathologie, justifiant l'orientation en SSR. Les patients doivent pouvoir être pris en charge dans des structures SSR (spécialisées ou non) correspondant à leurs besoins.

L'INCa a publié le 6 mars 2009 des recommandations relatives aux relations entre les établissements autorisés à la pratique de la chimiothérapie et les établissements dits « associés ». Une recommandation précise que les établissements autorisés en SSR peuvent constituer des établissements associés et à ce titre poursuivre des chimiothérapies.

Les conventions qui seront passées avec un ou plusieurs établissements de santé autorisés pour l'activité de traitement du cancer devront comporter des obligations, dans les domaines suivants, au regard des recommandations approuvées par le conseil d'administration de l'INCa le 27 février 2009 :

- Modalités de prise en charge des patients,
- Transmission des données médicales,
- Préparation des chimiothérapies,
- Procédures en cas d'urgence ou de complications.

MS

3.7.10. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES BRULES**A) REGLEMENTATION (décret n° 2008-376 du 17 avril 2008)**

- Médecin coordonnateur qualifié spécialiste en MPR
- Compétences : masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, diététicien, psychologue, prothésiste ou orthésiste
- IDE et masseur-kinésithérapeutes justifient d'une formation ou expérience attestée dans la prise en charge des brûlés
- Balnéothérapie dans les espaces de rééducation
- Convention avec un établissement autorisé pour le traitement des grands brûlés
- Accès sur place ou par convention à un atelier d'ajustement d'aides techniques, atelier d'appareillage et de confection de prothèses et d'un laboratoire d'analyse du mouvement

B) SCHEMA INTER REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SIOS)

Dans le SIOS 2008-2012 de l'inter région Nord-Ouest (régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie) publié le 07-02-08, le traitement des grands des brûlés est l'une des cinq activités de soins définies par le décret du 24 janvier 2006.

Concernant les soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, les préconisations sont les suivantes :

- Développer une coopération étroite avec les professionnels de médecine physique et de réadaptation (MPR), qui doivent être impliqués dans la prise en charge du brûlé dès la phase initiale et tout au long du suivi.

Ces professionnels contribuent à l'élaboration d'un projet de réhabilitation précoce et de réinsertion de la personne.

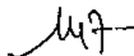
- Encourager et développer la possibilité de transferts précoces de patients non encore cicatrisés, vers les services de soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des brûlés. Cela permettra d'optimiser et d'accélérer leur prise en charge rééducative, tout en poursuivant les soins des lésions non cicatrisées. Cela permettra également d'améliorer l'offre en amont, grâce à une plus grande disponibilité d'accueil des centres de traitement des grands brûlés pour les urgences.

Les modalités de ces transferts seront précisées dans les conventions de partenariat, conclues entre la structure de traitement des grands brûlés et les services de soins de suite et de réadaptation spécialisés.

- Afficher les compétences de MPR dédiées au traitement des brûlés dans l'inter région et favoriser les échanges d'expérience et de pratiques.
- Nécessité de formation à la prise en charge des brûlures graves.

Dans l'annexe relative aux OQOS :

- une seule structure de traitement des grands brûlés adultes et enfants groupe 1 est identifiée pour l'inter région nord ouest : le CHRU de Lille.
- les centres de prise en charge initiale des grands brûlés recensés en Picardie sont
 - o pour le groupe 2, le CHU d'Amiens
 - o pour le groupe 3, les 21 structures autorisées d'urgence.



Au-delà de la prise en charge en urgence, la filière d'aval identifiée dans le SIOS pour la région Picardie en SSR pour les grands brûlés est la suivante :

- Pour les adultes : CHU d'Amiens, Berck, Centre Le Belloy à Saint Omer en Chaussée, Saint Lazare à Beauvais, Saint Gobain
- Pour les enfants : CHU d'Amiens.

Le SIOS objective l'existence d'une coopération en cours d'élaboration avec le centre de rééducation de Corbie portant sur un projet de prise en charge spécifique des brûlés.

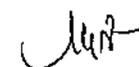
C) SPECIALITE DE BRULOLOGUE

La spécificité de brûlologue est actuellement reconnue. Un projet de capacité pour la spécialité est annoncé.

D) OFFRE DE SOINS CIBLE

Deux établissements du Territoire Nord-Ouest sont identifiés comme centres de référence régionale :

- le CRF les 3 Vallées à Corbie pour les adultes,
- le CHU d'Amiens pour les enfants.



3.7.11. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES

A) REGLEMENTATION

Décrets n° 2008-376 du 17 avril 2008 :

- Médecin coordonnateur justifiant d'une formation ou expérience attestée en addictologie,
- Au moins 2 pratiques suivantes : psychothérapie, éducation thérapeutique, ergothérapie, diététique (au moins une séquence de traitement dans l'une de ces pratiques par patient et par jour ouvré),
- Atelier de réadaptation à la vie sociale et professionnelle.

La prise en charge des conduites addictives en SSR spécialisé s'inscrit dans le cadre d'une collaboration avec tous les niveaux du dispositif de soin en addictologie, en amont et en aval du séjour, selon la circulaire n° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation de la prise en charge en addictologie, les objectifs du volet addiction des SROS, ainsi que les schémas régionaux médico-sociaux en addictologie.

Circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie :

le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 ont défini l'organisation, les filières de soins addictologiques hospitalières en 3 niveaux :

- structures de niveau 1 (proximité) offrant la réalisation de sevrages résidentiels simples (durée 5 à 10 jours) couplée à une activité de liaison (ELSA) et des consultations d'addictologie,
- structures de niveau 2 (recours territorial) offrant, pour le court séjour, outre les missions de niveau 1, la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (durée 2 à 4 semaines), pour les SSR la possibilité de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus,
- structures de niveau 3 (recours régional) assurant, en sus des missions de niveau 2, des missions d'enseignement, recherche, coordination régionale.

Les soins de suite et de réadaptation sont une des composantes des structures addictologiques de recours de niveau 2, éventuellement 3, offrant un accueil en hospitalisation complète, ou de jour. Ces SSR peuvent le cas échéant être implantés sur un site différent des autres activités d'addictologie, sous réserve d'être liées fortement à celles-ci dans le cadre d'une filière organisée et graduée de la prise en charge des addictions, englobant notamment la dimension de la réinsertion psycho-sociale et professionnelle.

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

La prise en charge dans cette spécialisation pourra se faire en hospitalisation de jour, ou en hospitalisation complète (séjours de 2 semaines à 3 mois).

La capacité des services sera de 15-20 lits.

A terme et en concordance avec le schéma régional d'addictologie, il est préconisé l'implantation de 15 à 20 lits par territoire de santé, au minimum (sachant que certains unités, spécifiquement en addictologie, accueillent des patients dans des stratégies d'éloignement des lieux de vie habituels des usagers, et que certains établissements Picards ont une attractivité dépassant le cadre régional).

Territoire Nord Ouest	Deux unités de 15 lits prévues HL ST VALERY et CH ROYE
Territoire Nord Est	20 lits à créer en partenariat territorial
Territoire Sud Ouest	CHANTILLY, ORPEA (en reprise de l'autorisation de Santé Action 6 lits) + 10 à 15 lits à définir en extension
Territoire Sud Est	2 sites CH Noyon (10 lits) APTE (12 lits à 25 lits)

Le schéma régional d'addictologie recommande par ailleurs la création au niveau régional de deux implantations de 10 lits pour la prise en charge de population spécifiques : une implantation pour la prise en charge des femmes avec enfants et une seconde pour la prise en charge des jeunes de 16 à 25 ans.

L'unité femmes avec enfants doit nécessairement être de taille très réduite, et donc adossée à un établissement assurant du SSR « addictologie » et disposant de possibilités d'intervention en psychiatrie et en périnatalité.

MRE

JKO

3.7.12. SSR SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE

A) REGLEMENTATION

- Médecin coordonnateur qualifié spécialiste en gériatrie, ou titulaire de la capacité de gériatrie
- Compétences : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue
- Au moins 3 des pratiques : masseur-kinésithérapeute, ergothérapie, psychomotricité, diététique, prise en charge neuro-psychologique, orthophonie
- Accès sur place ou par convention à un plateau technique d'exploration et de rééducation spécialisés
- Locaux, organisation des soins, et formation du personnel adaptés aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer

B) OFFRE DE SOINS CIBLE

En cohérence avec le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, la circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques :

* Rappelle l'importance de la filière gériatrique :

- en généralisant et renforçant les dispositions de la circulaire du 18 mars 2002 ;
- en inscrivant les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des CPOM sur la base de référentiels d'organisation des soins ;

* Précise les besoins pour les personnes de 75 ans et plus.

Son annexe 5 comporte un référentiel d'organisation des soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (soins de suite et de réadaptation gériatrique) qui rappelle la place du SSR gériatrique dans la filière (articulation avec les autres structures de soins de la filière, obligations réciproques formalisées au sein de la convention constitutive de la filière).

Les besoins ont été approchés selon les recommandations de la circulaire :

- entre 1000 et 2600 journées d'hospitalisation de SSR gériatrique par tranche de 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques,
- une unité de SSR gériatrique doit disposer au minimum de 20 lits regroupés, qui peuvent constituer une unité au sein d'une structure de SSR.

Il convient cependant de souligner que la prise en charge en SSR de personnes âgées polypathologiques ne signifie pas « SSR gériatrique ». Ainsi, les établissements SSR accueillant actuellement des patients de 75 ans et plus, ne peuvent considérer sur ce seul critère devoir relever de cette mention. La prise en charge des patients polypathologiques en SSR relèvent d'une activité de recours qui doit être bien identifiée dans la filière de prise en charge des personnes âgées.

ASL

Il convient ainsi de privilégier l'adossement de ces structures aux établissements supports de la filière gériatrique. Les autres établissements devront formaliser une convention avec un établissement pivot afin de s'intégrer au mieux dans la filière de soins gériatriques.

On peut donc estimer nécessaires 3 à 7 lits par tranche de 1000 habitants de 75 ans et plus.

Territoire	Projection Population 2010 Personnes âgées de 75 ans et plus	Besoins estimés en lits pour patients de 75 ans et plus	Estimation du Nombre d'unités de 20 lits
Nord-Ouest	44 479	133 à 311	7 à 15
Nord-Est	35 789	107 à 250	6 à 12
Sud-Est	32 595	97 à 228	5 à 11
Sud-Ouest	37 334	112 à 261	6 à 13
Total Picardie	150 197	449 à 1050	24 à 51

L'objectif est d'atteindre la fourchette basse des besoins, Les unités devront être de taille raisonnable (10 à 20 lits). Il n'est en effet pas concevable pour des questions de lourdeur de prise en charge que les équipes de soins aient à gérer des unités trop importantes.

Le tableau suivant décrit les possibilités d'implantations.

TERRITOIRE	ETABLISSEMENT
NORD-OUEST	CHU Amiens CH Abbeville Sous réserve de mise en conformité avec les dispositions réglementaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ HL Saint Valéry ▪ CH Montdidier
NORD-EST	CH Guise CH Saint Quentin CH La Fère CH Laon CH Chauny
SUD-EST	CH Compiègne CH Soissons La Renaissance Sanitaire à Villiers Saint Denis CH Noyon (Sous réserve de mise en conformité avec les dispositions réglementaires)
SUD-OUEST	Château Le Tillet CH Senlis Fondation Rothschild CH Beauvais Maison de convalescence Brégy Pavillon La chaussée à Gouvieux Fondation Condé CH Pont Ste Maxence Breteuil Institut Médical Sous réserve de mise en conformité avec les dispositions réglementaires :

ASL

<ul style="list-style-type: none"> • HL Crèvecœur • CH Chaumont en Vexin
--

Synthèse des implantations existantes toutes mentions confondues

3.7.13. CAS PARTICULIERS

Trois établissements constituent des cas particuliers qui ne rentrent pas dans le présent volet révisé, et pourraient être susceptibles de reclassement dans le secteur social ou médico-social après coupe transversale et en concertation avec le Conseil Général :

- APTE à Bucy le Long,
- Fraternité l'Hermitage à Autrèches,
- Pouponnière Arc en Ciel à Beauvais.



territoire	implantation	TOTAL SSR				rappel OQOS par territoire	
		Nombre de lits	Nbre de journées (Minimum)	Nbre de journées (Maximum)	Nbre de lits pour 1 000 habitants	OQOS borne basse	OQOS borne haute
Nord-Ouest	CH CORBIE	185	54020	66175	1,62		
	CL PAUCHEZ	102	29784	36485			
	CHU Amiens	65	18980	23251			
	PROJET ABBEVILLE	119	34748	42566			
	PROJET HOPALE	40	11690	14308			
	PROJET HL POIX	30	8760	10731			
	CHU Amiens (spécialité enfants)	22	6424	7869			
	HL ST VALERY	30	8760	10731			
	HL RUE	30	8760	10731			
	CH DOULLENS	20	5840	7154			
	CH ALBERT	30	8760	10731			

153

154

	GCS HENRIVILLE	50	14600	17885			
	CH MONTIDIER	25	7300	8943			
	CH ROYE	27	7884	9658			
	CL VAL D AQUESNES	50	14600	17885			
	CL VAL D ANCRE	30	8760	10731			
	TOTAL	855	249 660	305 834		275 000	331 300
Nord Est	CRF J FICHEUX	186	54312	67890			
	CH ST QUENTIN	91	26572	33215			
391 340	PROJET PCP ST CLAUDE	50	14600	18250			
habitants	CH CHAUNY	50	14600	18250			
	CH LAON	78	22776	28470			
	CH NOUVION	15	4380	5475			
	MS BOHAIN	26	7592	9490	1.88		
	CH HIRSON	56	16352	20440			
	CH PERONNE	40	11680	14600			
	CH GUISE	42	12264	15330			
	CH VERVINS	33	9636	12045			
	CH HAM	30	8760	10950			
	CH LA FERRE	38	11096	13870			
	TOTAL	735	214 620	268 275		210 200	253 200
Sud Est	VSD	417	121764	152205			
405 491	CH COMPIEGNE	102	29784	37230			
	CRC L BELLAN	58	16936	21170			
	CH NOYON	40	11680	14600			
	PROJET PCP ST COME	20	5840	7300			
	CH SOISSONS	60	17520	21900	1.81		
	HL CREPY	20	5840	7300			
	APTE BUCY LE LONG	9	2628	3285			
	AUTRECHES	8	2336	2920			
habitants	TOTAL	734	214 328	267 910		225 000	273 000
Sud Ouest	FONDATION ROTHSCHILD	121	35332	44165			
	CRF LE BELLOY	119	34748	43435			
585 946	IM BRETEUIL	120	35040	43800			
habitants	CM L BELLAN	95	27740	34675			

185-

	CRF ST LAZARE	150	30 952	36 281			
	CRF Bois Lomis (spécialité enfants)	102	29784	37230	2.27		
	CH BEAUVAIS	40	11680	14600			
	CH PONT STE MAXENCE	25	7300	9125			
	CHÂTEAU TILLET	120	35040	43800			
	CH SENLIS	32	9344	11680			
	CL VALOIS	60	17520	21900			
	CH CHAUMONT	30	8 760	10 950			
	CH CLERMONT	18	5256	6570			
	PAV LA CHAUSSE	50	14600	18250			
	FONDATION CONDE	30	8760	10950			
	MR BREGY	48	14016	17520			
	PROJET HL CREVECOEUR	40	11680	14600			
	PROJET ORPEA	30	8760	10950			
	MERU	30	8760	10950			
	CMC CREIL	30	8760	10950			
	POUP ARC EN CIEL	42	12264	15330			
	TOTAL	1 332	376 096	467 711		369 000	470 000
TOTAL PICARDIE		3 656	1 054 704	1 309 730	21.91	1 079 200	1 327 500

186-



Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie

Arrêté révisant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie
pour la période 2006-2011

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6115-3, L.6121-1 à L.6121-4, L.6121-9, L.6122-10-1, L.6131-2, R.6121-1 à R.6121-3, R.6122-8, R.6122-25, R.6122-26, R.6122-42, R.6131-11 et D.6121-6 à D.6121-10 ;

Vu l'arrêté du 12 septembre 2008 modifiant l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

Vu l'arrêté du 10 juin 2005 fixant le ressort territorial des conférences sanitaires de la région Picardie ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2006 modifié le 23 mars 2007, le 17 septembre 2008 et le 12 novembre 2008 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 ;

Vu les avis et observations formulés par les conférences sanitaires des territoires :

- Nord Ouest, consultée le 15 juin 2009,
- Sud Ouest, consultée le 27 mai 2009,
- Nord Est, consultée le 27 mai 2009,
- Sud Est, consultée le 8 juin 2009,

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sanitaire lors de sa séance du 22 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale lors de sa séance du 10 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Picardie consultée le 28 juillet 2009 ;

ARRETE

Article 1er : Le volet « neurologie » du schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 est modifié tel qu'annexé à la présente décision.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication, sans constituer un préalable obligatoire au recours contentieux.

Article 3 : La directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et les directeurs des services des organismes d'assurance maladie, membres de la commission exécutive

de l'agence régionale de l'hospitalisation, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et consultable aux sièges de l'agence régionale de l'hospitalisation, des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi que sur leurs sites internet respectifs.

Fait à Amiens, le 30 JUIL, 2009

Pascal FORCIOLI

159-

158

3^{ème} Révision du SROS 3 de Picardie

Chapitre 28

PRISE EN CHARGE EN NEUROLOGIE

Sommaire

1. Préambule	3
2. Glossaire	5
3. Référentiels	6
3.1. Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et télémédecine	6
3.2. Démences et maladie d'Alzheimer (MA)	7
3.3. Maladies de Parkinson et du mouvement	7
3.4. Épilepsies	7
3.5. Sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique	8
3.6. Démographie médicale en neurologues dans la région Picardie	8
4. Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et Télémédecine	9
4.1. Etat des lieux	9
4.2. Orientations	20
5. Démences et maladie d'Alzheimer (MA)	27
5.1. État des lieux	27
5.2. Orientations	28
6. Maladie de Parkinson et du mouvement	29
6.1. Etat des lieux	29
6.2. Orientations	30
7. Epilepsies	31
7.1. Etat des lieux	31
7.2. Orientations	31
8. Sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique	32
8.1. Etat des lieux	32
8.2. Orientations	33

9. Démographie médicale en neurologues dans la région Picardie	34
9.1. Etat des lieux	34
9.2. Orientations	36
10. Synthèse	38
10.1. Pour toutes toutes les affections neurologiques	38
10.2. Accidents Vasculaires Cérébraux et télémédecine	38
10.3. Démences et maladie d'Alzheimer	39
10.4. Maladies de Parkinson et du mouvement	40
10.5. Épilepsies	40
10.6. Sclérose en plaques	40
10.7. Sclérose latérale amyotrophique	40
10.8. Démographie médicale en neurologues dans la région Picardie	41
11. Méthodes d'évaluation et de suivi	42
11.1. Méthode d'évaluation	42
11.2. Indicateurs de suivi de l'activité des UNV	42
12. Alerie, transfert et télémédecine	44

159

160

1. Préambule

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques de la Neurologie ont été très importants depuis 15 ans environ et ont fait entrer cette discipline, autrefois volontiers considérée comme contemplative, dans une véritable ère thérapeutique.

En outre, l'évolution des connaissances épidémiologiques alliée au vieillissement de la population souligne la prévalence très élevée et les conséquences dévastatrices de certaines affections, comme les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), les démences (en particulier la maladie d'Alzheimer), l'épilepsie, la sclérose en plaques (SEP) et la maladie de Parkinson, au point que certaines, comme les AVC et les démences notamment, constituent des priorités de santé publique et de véritables enjeux pour notre système de santé, tant nationalement que pour notre région la Picardie.

Cette situation conduit à une augmentation importante de la demande de soins et, sur fond de démographie médicale problématique, une réorganisation complète de la filière neurologique s'impose au sein de la région et au niveau de chaque territoire de santé. C'est notamment l'objet du présent nouveau volet du SROS 3 de Picardie.

Ces pathologies ont récemment fait l'objet de recommandations et conférences de consensus, voire pour certaines d'entre elles, de plan national.

La mise en place du volet Neurologie fait suite aux travaux du groupe thématique « Neurologie » remis à l'ARH en octobre 2004 et à la mission confiée par le directeur de l'ARH au Pr. Olivier Godefroy en 2008.

Comme les travaux du groupe thématique, il s'inscrit dans un partenariat étroit avec les travaux portant sur les volets « Personnes Âgées », « Urgences » et « SSR » du SROS 3 révisé pour certains axes (Maladies d'Alzheimer et apparentées, Accident Vasculaire Cérébral).

La lettre de mission régionale précise les modalités et le périmètre du volet neurologie :

« Coordination et animation d'un groupe de réflexion et de régional représentatif des professionnels concernés, dont l'objectif sera de proposer des objectifs précis pour :

- « La neurologie hospitalière en liaison avec les urgences, l'imagerie médicale, la médecine, les SSR, la RRF et les gériatres ;
- « L'amélioration de l'offre de soins régionale et le développement de la prise en charge, en conformité avec les dispositions et les référentiels en vigueur, dans les domaines suivants :

« Accidents vasculaires cérébraux :

- « création et organisation des unités de neurologie et des unités de soins intensifs neuro-vasculaires ;
- « permanence des soins en neurologie et télémédecine ;
- « organisation de la filière d'aval, en particulier les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD) orientés vers la prise en charge des patients souffrant d'AVC ;

« Démence et maladie d'Alzheimer :

- « centres et consultations mémoire ;
- « coordination entre centres mémoire et structures d'accueil et d'hébergement en vue de la coordination des MAIA sur les territoires de santé en Picardie ;

« Maladie de Parkinson et du mouvement ;

« Épilepsies, notamment les formes graves ;

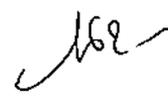
« Sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique. »

Il est également demandé de :

- « Formaliser le projet et assurer la mise en place d'un Réseau Régional de Neurologie ;
- « Proposer les voies et moyens d'une optimisation de la démographie médicale des neurologues en Picardie. »

Méthodologie

- Données épidémiologiques
- Etudes de flux (données PMSI 2007 et 2008)
- Résultats des coupes PATHOS 2006
- Recensement
 - o Des structures MRR, SSR, USLD, SSIAD
 - o Des patients neurologiques et AVC pris en charge dans ces structures
- Groupes de travail
 - o Réunions en 2002-2003 avec les groupes thématiques SROS3 « Urgence », « Personnes âgées », « SSR »
 - o Réunions du groupe de travail « Filière aval Neurologie AVC » (interface avec groupes de travail SSR et Personnes âgées du SROS 3)
 - o Réunions des neurologues picards
 - o Réunions du Comité de Pilotage de la Révision du SROS Neurologie



2. Glossaire

AIT	Accident Ischémique Transitoire
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CM	Centre Mémoire
CMA	Co-Morbidité Associée
CMRR	Centre Mémoire Ressources et Recherche
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Diagnostic Principal
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
HdJ	Hôpital de Jour
MA	Démences et maladie d'Alzheimer
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
NIH (Stroke Score)	Cotation du National Institute of Health de l'impact neurologique d'un AVC
PAC	Praticien Attaché Contractuel
PATHOS	{modèle} Outil permettant d'évaluer les niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies dans une population à un moment donné
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RSA	Résumé de Séjour Anonymisé
rt-PA	Activateur tissulaire du plasminogène (thrombolysé)
SI	Soins Intensifs
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UNV	Unité Neurovasculaire
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

3. Référentiels

Les différents axes du volet Neurologie s'inscrivent dans un cadre réglementaire et des recommandations professionnelles.

3.1. Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et télé-médecine

1. Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC
2. Circulaire DHOS/04/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des Unités Neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un AVC
3. Circulaire DHOS/O/2004/101 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
4. Loi N° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique (notamment la mesure 72 de son annexe)
5. Décrets n° 2006-5765 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence
6. Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples) (en particulier Articles D. 712-112 à 114)
7. Référentiels

- Place des UNV dans la prise en charge des AVC - HAS-juin 2002
- Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC - aspects médicaux - HAS sept. 2002
- Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC- Aspects paramédicaux - HAS juin 2002
- Imagerie dans l'AVC aigu - HAS juin 2002
- Évaluation de la prise en charge des AVC - HAS-Juin 2005
- Référentiel d'autoévaluation des pratiques en neurologie - prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral - admission aux urgences - admission directe du patient en UNV ou en USINV - prise en charge médicale dans une unité de soins - HAS SFNV - Juin 2005
- Prévention après Accident Ischémique Constitué et Accident Ischémique Transitoire - HAS - Mars 2008
- Guide ALD - HAS - mars 2007
- Recommandations de la *European Stroke Initiative 2008* (<http://www.cso-stroke.org/>)

U63 -

U64 -

8. Télé médecine

- Article 32 de la loi du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie : Définition de la Télé médecine
- Circulaire DHOS/04/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des Unités Neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un AVC.
- Rencontre HAS 2007 - Prise en charge initiale de l'AVC : quelles voies d'amélioration des pratiques ?
- Recommandations de la European Stroke Initiative 2008 (<http://www.eso-stroke.org/>)
- Rapport : La place de la télé médecine dans l'organisation des soins – Dr Pierre Simon et Dominique Acker – DHOS/Novembre 2008

3.2. Démences et maladie d'Alzheimer (MA)

- Circulaire SHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSF/1AB2002/22
- Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007
- Circulaire DHOS/O1/O2/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 (Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012)
- Recommandations HAS : prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HAS - 2000 et mars 2008

3.3. Maladies de Parkinson et du mouvement

Recommandations de l'HAS

- Maladie de Parkinson (HAS 2000 et 2007)
- Rapport consacré à la stimulation profonde (HAS, 2002)

3.4. Épilepsies

Recommandations de l'HAS

- Epilepsies graves (HAS-Juillet 2007)

3.5. Sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique

Circulaire DHOS/O/DGS/SD5D/DGAS n°2002-229.

Recommandations de l'HAS

Sclérose en plaques (HAS-2001, 2004 et 2006)

Sclérose latérale amyotrophique : Protocole national de soins (HAS-Janvier 2007).

3.6. Démographie médicale en neurologues dans la région Picardie

1. Enquête SROS3 d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Les médecins, estimations au 1er janvier 2003, D. SICART n° 57 - septembre 2003
2. Enquête Association Neurologues Libéraux de Langue Française enquête 2004.
3. Conseil National Ordre des médecins

HS-

HS-

4. Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et Télémedecine

4.1. Etat des lieux

A. Epidémiologie

L'épidémiologie des AVC en Picardie est estimée par :

(1) la transposition à la région des chiffres d'incidence et prévalence obtenues dans les études épidémiologiques françaises et européennes (Hankey et Warlow, Lancet 1999; 354:1457-63; Benatru et al. Stroke. 2006; 37:1674-9)

(2) l'examen des données PMSI 2002 (diagnostics principaux : AVC et AIT) [Source : PMSI 2002 CNEH] qui indique que :

- chaque année surviennent environ 4500 AVC et 1000 AIT (PMSI : 4720 AVC en 2002) en Picardie qui s'ajoutent aux cas prévalents estimés à 10000 AVC (Source : circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003. Toutefois il est probable que ces chiffres sous-estiment la fréquence réelle en Picardie où il existe un sur-risque de pathologie vasculaire bien documenté).
- 91% des patients sont pris en charge dans un établissement public.
- (3) L'analyse des données PMSI montre pour les patients domiciliés en Picardie :
 - En 2007 : 8061 séjours dont 5489 séjours avec diagnostic principal AVC et 2982 séjours avec diagnostic associé d'AVC
 - En 2008 : 7110 séjours dont 4787 séjours avec diagnostic principal d'AVC et 2323 séjours avec diagnostic associé d'AVC

Nb séjours	ES picards		ES Extra régionaux		Total	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Patients picards	6 611	7 110	1 450	1 340	8 061	8 450
Patients extra régionaux	410	> 300	-	-	410	>300
Total	7 021	7 410	1 450	1 340	8 471	>8 750

Nb séjours (patients picards + patients extra régionaux)	2007	2008
DP	5489	5667
DAS	2982	>2883

Diagnostic principal : le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation.

Diagnostic relié : rend compte de la prise en charge du malade en termes médico-économiques ; c'est une maladie « active » chronique ou de longue durée, ou un état permanent, présent au moment du séjour.

Diagnostic associé significatif : diagnostics et symptômes significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation de moyens par rapport au DP.

- Le taux de fuite est de 18%.

Établissements	Origine du Patient - AVC (Diagnostic principal)					
	Hors Picardie	Nord est	Nord ouest	Sud est	Sud ouest	Total
2008 (2007)						
Nord ouest	166 (171)	70 (52)	1 399 (1382)	60 (44)	151 (135)	1 846 (1 784)
Nord est	43 (50)	974 (1084)	22 (27)	18 (29)		1 057
Sud ouest	40 (42)		1	20 (25)	808 (813)	869 (880)
Sud est	51 (25)	36 (25)	1 (4)	861 (724)	76 (52)	1 025 (830)
Total Picardie	300 (288)	1 080 (1 161)	1 423 (1 413)	959 (822)	1 035 (1 000)	4 797 (4 684)
Mame	-	93 (102)	(2)	108 (90)	2	203 (194)
Nord Pas de Calais	-	42 (56)	28 (35)	6 (4)	14 (5)	90 (100)
Paris IDF	-	13 (15)	11 (11)	56 (71)	287 (306)	367 (403)
Autres	-	18 (15)	26 (31)	21 (12)	41 (45)	106 (103)
Total ES extra régionaux	-	166 (188)	65 (79)	191 (177)	344 (356)	766 (800)
Total	300 (288)	1 246 (1 349)	1 488 (1 492)	1 150 (999)	1 379 (1 356)	5 563 (5 484)

- La répartition par territoire de santé est la suivante :

ES Nord ouest	Origine du Patient - AVC (Diagnostic principal)					
	Hors Picardie	Nord-est	Nord-ouest	Sud-est	Sud-ouest	Total
2008 (2007)						
CHU Amiens	107 (96)	64 (48)	908 (866)	48 (37)	134 (114)	1 154 (1 161)
CH Abbeville	38 (46)	(1)	284 (284)	(1)	1 (2)	265 (334)
SA Clinique Victor Pouchel	1 (10)	4	41 (63)		1 (7)	46 (80)
Polyclinique De Picardie	4 (4)	2	40 (35)	4 (2)	6 (4)	52 (45)
CH Doullens	9 (8)		28 (35)			28 (43)
SAS Cardiologie Urgences	4	(1)	31 (31)		5 (5)	37 (37)
CH Montdidier	2 (2)		18 (13)	8 (8)	4 (1)	30 (20)
Hop Local De St Valery	(1)		5 (17)			5 (18)
CH Albert			23 (15)			23 (15)
SA Sainte Isabelle	(3)		13 (9)			13 (12)
CH Corbie		(2)	7 (8)			7 (10)
SARL de cardiologie	(1)		(5)		(2)	(8)
SAS Clinique de l'Europe	1		1 (1)			1 (1)
TOTAL	166 (171)	70 (52)	1 399 (1382)	60 (44)	151 (135)	1 840 (1784)

ES Nord Est	Origine du Patient					
	Hors Picardie	Nord-est	Nord-ouest	Sud-est	Sud-ouest	Total
2008 (2007)						
CH Saint Quentin	21 (24)	482 (481)	11 (9)	4 (2)	(1)	497 (517)
CH Laon	5 (4)	191 (202)		1		192 (206)
CH Chauny	6 (6)	141 (171)		13 (22)		154 (199)
Policlinique St Claude	(2)	67 (81)		(2)		67 (85)
CH Hison	7 (10)	44 (65)		(2)		44 (77)
CH Guise	(1)	8 (15)				8 (16)
CH Gériatologique		9 (8)		(1)		9 (9)
CH Vervins		(9)				(9)
CH Nouvion	(3)	2 (5)				2 (8)
CH Péronne		28 (40)	10 (17)			38 (57)
CH Ham	1	2 (7)	1 (1)			3 (8)
TOTAL	40 (50)	974 (1084)	22 (27)	18 (29)	(1)	1 054 (1191)

ES Sud Ouest	Origine du Patient					
	Hors Picardie	Nord-est	Nord-ouest	Sud-est	Sud-ouest	Total
2008 (2007)						
CH Loennec	8 (7)			4 (5)	267 (309)	271 (321)
CH Beauvais	25 (15)		1	(4)	342 (292)	343 (311)
CH Senlis	9 (17)			15 (14)	128 (149)	143 (180)
CH Clamont	(1)			1	29 (27)	30 (28)
CH Georges Decroze				(2)	8 (17)	8 (19)
CH Chaumont	1				25 (11)	25 (11)
Centre Médico-chirurgical	(1)				8 (6)	8 (7)
Clinique Médico-chirurgicale	(1)				1 (2)	1 (3)
TOTAL	43 (42)		1	20 (25)	808 (813)	872 (880)

ES Sud est	Origine du Patient					
	Hors Picardie	Nord-est	Nord-ouest	Sud-est	Sud-ouest	Total
2008 (2007)						
CH Compiègne	18 (9)	2 (2)	1 (2)	393 (271)	61 (35)	457 (319)
CH Noyon	1 (1)	(3)	(2)	48 (58)	1	49 (64)
Polyclinique Saint-Côme S. A.				29 (24)	10 (17)	39 (41)
Hop Local Crèpy en Valois	1	10		(2)		10 (2)
CH Soissons	19 (6)	23 (18)		293 (259)	4	320 (283)
CH Château-Thierry	11 (9)	1 (2)		97 (109)		98 (120)
La Renaissance Sanitaire	1			1 (1)		1 (1)
TOTAL	51 (25)	36 (25)	1 (4)	861 (724)	76 (52)	1 025 (830)

La répartition par type d'AVC confirme (PMSI 2007) :

- la nette prédominance des AVC ischémiques totalisant 75% (55,6% d'AVC constitués et 19% AVC transitoires), soit 4488 séjours ;
- les hémorragies cérébrales représentant 11%, soit 553 séjours. Un travail (Thèse PY Garcia Université de Picardie, 2008) effectué au CHU d'Amiens dans les services de neurologie et neurochirurgie montre que la majorité (130/183, soit 67%) est prise en charge en neurologie et que 15/193, soit 7,7%, relèvent d'un traitement chirurgical ;
- les hémorragies méningées 4% (cause veineuse 0,2%, non précisé 9,2%).

La répartition par tranches d'âge avec un codage AVC en diagnostic principal montre que :

- 51% ont moins de 75 ans ;
- 44% de 75 à 89 ans ;
- 5% ont 90 ans et plus.

Les séjours concernent des patients «relativement jeunes» puisque l'âge moyen est de 67,4 ans.

Toutefois, si l'on relie les sous groupes avec DP d'AVC non transitoire (n = 2492), l'âge évolue de 69,2 à 74,8 ans selon la présence ou non d'une co-morbidité associée.

2008 (2007)	< 60 ans	60 - 75 ans	75 - 85 ans	> 85 ans	Total
Nord ouest	434 (416)	521 (511)	602 (587)	290 (270)	1 847 (1784)
Nord est	199 (224)	280 (290)	373 (432)	202 (245)	1 054 (1191)
Sud ouest	188 (199)	200 (235)	273 (272)	211 (174)	872 (880)
Sud est	197 (149)	257 (235)	360 (297)	211 (149)	1 025 (830)
Total Picardie	1 018 (988)	1 258 (1271)	1 608 (1588)	914 (838)	4 798 (4685)
Marne	65 (51)	78 (59)	50 (68)	10 (16)	203 (194)
Nord Pas de Calais	26 (26)	17 (27)	33 (29)	9 (18)	85 (100)
IDF	139 (139)	105 (136)	88 (97)	41 (31)	373 (403)
Autres	29 (25)	32 (43)	37 (24)	10 (15)	108 (107)
Total ES extra régionaux	259 (241)	232 (265)	208 (218)	70 (80)	769 (804)
Total	1 277 (1229)	1 490 (1536)	1 816 (1806)	984 (918)	5 567 (5489)
	23% (22%)	27% (28%)	33% (33%)	17% (17%)	100%

La DMS est de 11,4 j mais varie fortement selon les sous groupes.

Si on se focalise sur les sous groupes avec DP d'AIT (n = 1124) et AVC non transitoires (n = 2492), les DMS varient fortement :

- Selon l'âge dans les AIT :
 - ✓ ≤ 80 ans : DMS = 6,9j
 - ✓ > 80 ans : DMS = 9,6j

- Selon la présence de CMA dans l'AVC :

- ✓ sans CMA : DMS = 10,8j
- ✓ avec CMA : DMS = 14,9j

CMD 01	Nb de séjours MCO suivis d'un séjour SSR	Performance de la DMS	Nb moyen de journées inadéquates par séjour	Nb total de journées inadéquates
Affection du système nerveux	1573	0,72	4,9	7642

Par comparaison aux DMS nationales, le nombre de journées d'hospitalisation excédentaires en MCO est très important (environ 600 par an) ce dont témoigne le nombre négatif de journées économisées pour les diagnostics principaux relatifs aux AVC.

Ces chiffres suggèrent cinq conclusions :

- (1) Le nombre de séjours est supérieur aux 4720 AVC enregistrés en 2002, indiquant la nécessité de suivre régulièrement et d'actualiser l'adéquation du nombre de places.
- (2) La fréquence des AVC < 75 ans (51%) implique la nécessité de prévoir des séjours en soins de suite, y compris USLD pour une proportion de patients < 75 ans non négligeable.
- (3) La DMS élevée des patients avec CMA reflète probablement en bonne partie la difficulté d'orientation vers une structure d'aval (plus de 600J d'hospitalisation en trop si l'on se réfère aux DMS nationales).
- (4) Toutefois, la DMS encore très longue des AIT montre également le délai encore trop long des explorations en bonne adéquation avec les résultats de notre travail antérieur (Thèse M Mihout, Amiens, 2000).
- (5) La nature ischémique des accidents compte pour les ¾ des cas (AVC constitués et AIT compris) ce qui nécessite une bonne coordination avec le SAMU (15) pour une orientation efficace.

B. Existant

a) Unités Neuro Vasculaires

Le recensement de l'existant, au moment de l'enquête initiale en 2003, montrait que seul le CHU disposait d'une UNV (4 lits de SI et 20 lits d'UNV subaiguë).

L'initiation du volet Neurologie SROS 3 a déjà permis de faire évoluer cette situation avec l'ouverture en janvier 2008 de trois autres UNV (Saint Quentin, Compiègne, Soissons) et en juillet 2009 de 2 premiers lits de soins intensifs au CH de Beauvais.

	Nord ouest		Nord est		Sud ouest		Sud est		Total
Incidance AVC	1850		1108		890		870		4720
CH	Amiens	Abbeville	St Quentin	Laon	Beauvais	Creil	Compiègne	Soissons	
	1450	400	660	448	330	560	450	414	
UNV SI/Subaiguë 2003	4/20								4/20

102

NV SI/Subaiguë 2008	4/20	Non prévue	4/12	Non prévue	0/0	0/0	4(6)/9	4/9	22/50
---------------------	------	------------	------	------------	-----	-----	--------	-----	-------

Nombre d'AVC & AIT hospitalisés en 2002 et besoins structuraux. Le nombre de patients hospitalisés a été estimé d'après les chiffres d'incidences connus et les chiffres de PMSI 2002

¹ Extension à 6 lits demandée en 2009

172

C. Thrombolyses

Le groupe de travail des neurologues picards fait état de 20 thrombolyses de janvier à septembre 2008 :

CHU Amiens	CH St Quentin	CH Soissons	CH Compiègne
n=10	n=8	n=2	n=0

D. Imagerie médicale

Le groupe de travail des neurologues picards souligne les difficultés d'accès :

- à l'IRM notamment en dehors des heures ouvrables voire au scanner
- au doppler cervical 52 semaines par an pour tous les CH et CHU (l'idéal étant un accès 24h/24)
- plus rarement, aux explorations cardiaques (Holter, Échographies cardiaques).

Pour rappel, les implantations picardes de scanners et IRM en Juin 2008 :

Scanners

NO : 10	Amiens	3	3		6
	Abbeville	1	1		2
	Doullens			1 (non)	1
	Montdidier	1 (non)			1
NE : 6	Peronne	1			1
	Chauny			1	1
	St Quentin	1	1		2
	Laon	1			1
	Hirson	1			1
SO : 8	Creil			2	2
	Senlis		1		1
	Beauvais		2	2	4
	Clermont	1			1
SE : 5	Chateau Thierry	1			1
	Soissons	1			1
	Compiègne	1	1		2
	Noyon			1	1
Total		13	9	7	29

173

IRM

	Site	Public	Privé	GIE	Total
NO : 5	Amiens	2	2		4
	Abbeville			1	1
NE : 2	St Quentin	1		1	2
SO : 4	Creil			1	1
	Senlis			1	1
	Beauvais			2	2
SE : 4	Soissons			1	1
	Compiègne			2	2
	Chateau Thierry	1			1
Total		4	2	9	15

b) Structures SSR et USLD

Le recensement des structures SSR et USLD dédiées prenant déjà en charge actuellement des patients atteints d'affections neurologiques et notamment d'AVC a été réalisé sous le pilotage du groupe de travail « Filière d'Aval AVC ».

SSR

Les données épidémiologiques (Nombre de patients hospitalisés pour AVC par territoire, DMS, flux -retour domicile, orientation vers structures- en incluant, si possible, une analyse des patients AVC < 60 ans) n'ont pu faire l'objet d'un complément d'étude.

La détermination des implantations des structures SSR a été réalisée par le groupe de travail SSR au regard des patients neurologiques actuellement pris en charge (analyse PMSI), des conditions techniques de fonctionnement déclarées par les établissements et des souhaits d'orientation pour de nouvelles prises en charge au regard des différentes mentions.

Les lits dédiés aux états pauci-rationnels et coma ont fait l'objet d'un recensement de l'existant et des projets, indépendants des mentions SSR.

Le groupe de travail a acté :

- la constitution d'un réseau de soins diffusant les informations sur les évolutions de la prise en charge des AVC et autres affections neurologiques et susceptible d'évaluer l'efficacité de la filière constituée ainsi que l'évolution de ses besoins
- l'établissement de priorités dans l'accompagnement en moyens (notamment humains) pour la prise en charge de ces patients hautement dépendants

En outre, le groupe de travail souhaite relayer l'impérieuse nécessité que la future T2A des SSR prenne en compte la charge en soins et les moyens humains nécessaires à la prise en charge de ces pathologies

Enfin, un contact sera pris avec les responsables de l'expérimentation d'un maillage MCO - SSR assisté par informatique (logiciel TRAJECTOIRE qui sera en expérimentation sur le secteur du Beauvaisis). Les premiers retours indiquent que cette extension nécessitera la détermination d'une structure (maintenance, formation, maillage...) dont les modalités seront étudiées par l'ARH.

174

USLD

Afin d'actualiser les estimations du nombre de places nécessaires dans chaque territoire dans les USLD « requalifiées » et d'articuler cette action avec celle du groupe « Prise en charge de la maladie d'Alzheimer » pour ne pas pénaliser l'hébergement et la prise en charge des patients déments, une enquête déclarative a été réalisée auprès des établissements.

Ont été évalués, le nombre d'AVC pris en charge par an (nouveaux patients et nombre total) sur les deux dernières années pleines ainsi que les projets de développement de prise en charge de patients neurologiques, AVC, déments et, spécifiquement, l'intérêt des structures pour augmenter le nombre de places dédiées aux AVC.

	Implantations SSR selon les nouveaux décrets			
	Nord ouest	Nord est	Sud ouest	Sud est
SSR spécialisés dans la prise en charge des affections du système nerveux	2 sites	2 sites	6 sites	2 sites
	Amiens (CHU et groupe Hopale) Corbie (CH, Cl Pauchet)	Saint Quentin (CH) Saint Gobain (CRF J. Ficheux)	Beauvais (CRF Saint Lazare) Chaumont en Vauxin (CRF Leopold Belan) Saint Omer en Chaussée (CRF Le Béroy) Chantilly (Fondation Rothschild) Breteuil (Institut médical de Breteuil) Lamorlaye (CRF Bois Loris)	Compiègne (CH) Villers St Denis (La renaissance sanitaire)
SSR spécialisés dans la prise en charge des affections de la personne âgée polyathologique, dépendants ou à risque de dépendance	4 à 6 sites	6 sites	8 à 9 sites	4 sites
	Abbeville (CH) St Valéry (HL) Amiens (CHU et GCS Henriette) Montdidier (CH) Poix et Albert (selon évaluation)	Guise (CH) Saint Quentin (CH) La Fère (CH) Lion (CH) Chauny (CH) Saint Gobain (CRF J. Ficheux)	Cires Les Mello (Château du Tillet) Senlis (CH) Chantilly (Fondation Rothschild, Fondation Condé) Beauvais (CH) Brégy (Maison de convalescence) Gouvieux (Pavillon la Chaussée) Pont Ste Maxence (CH)	Villers St Denis (La Renaissance Sanitaire) Compiègne (CH) Soissons (CH) Noyon (CH)
SSR non spécialisés	11 sites	12 sites	15 sites	7 sites
	Abbeville (CH, Clinique Ste Isabelle) Rue (Hôpital local) Saint Valéry (Hôpital local) Amiens (CHU, GCS Henriette, Groupe Hopale) Corbie (CH, Clinique Pauchet) Albert (CH et Clinique du Val d'Ancre) Doullens (CH) Montdidier (CH) Roya (CH) Villers Bratonneux (Clinique Val d'Aquennes) Poix (Hôpital Local)	Le Nouvion (CH) Bohais (Maison de santé) Hirson (CH) Péronne (CH) Guise (CH) Saint Quentin (CH, Clinique St Claude) Verlains (CH) Ham (CH) La Fère (CH) Chauny (CH) Saint Gobain (CRF J. Ficheux) Lion (CH)	Beauvais (CH, CRF Saint Lazare) Pont Sainte Maxence (CH) Senlis (CH, Clinique Le Valois) Chaumont en Vauxin (CH, CRF Leopold Belan) Brégy (Maison de repos et de convalescence) Gouvieux (Pavillon la Chaussée) Chantilly (Fondation Rothschild, Fondation Condé) Cires Les Mello et Creil (Château du Tillet) Breteuil (L' Oasis) Clermont (CH) Crèvecœur (CH) Méry (CH) Saint Omer en Chaussée (CRF Le Béroy)	Compiègne Noyon Soissons Crèpy en Valois Villers St Denis Bucy Le Long, Autréches

Territoire	ES ayant répondu	nb lits USLD avant réforme	nb lits USLD requalifiés 1/1/2010 projection	nb AVC 2006	nb nouveau x AVC 2006	Nb AVC 2007	nb nouveau x AVC 2007	nb AVC 2008	nb nouveau x AVC 2008	plateau technique complet	Projet de pec AVC	nb lits projetés
Nord ouest	8/9	834	418	133	27	162	36	178	38	7	5	110
Nord est	8/9	606	237	83	14	81	12	87	17	7	4	50 à 55
Sud ouest	6/9	802	453	119	5	62	15	96	29	5	2	16
Sud est	3/5	524	200	38	5	41	6	41	3	2	1	33
Total		2766	1308	373	51	346	69	402	87	21	12	209 à 214

Cette étude est une préparation de la détermination des places dédiées, dans chaque territoire et chacun des établissements, qui s'effectuera après concertation avec leurs responsables.

Cette détermination se fera dans le cadre :

- d'un accompagnement dont la nature devra être précisée,
- de la constitution d'un réseau de soins diffusant les informations sur les évolutions de la prise en charge des AVC et autres affections neurologiques et susceptible d'évaluer l'efficacité de la filière constituée et l'évolution de ses besoins.

Prise en charge à domicile

Dans le but de faciliter le retour et la prise en charge à domicile des patients neurologiques, notamment AVC, susceptibles de réclamer une aide importante pour les activités 'basiques' de vie quotidienne (déplacement, alimentation, habillement, toilette...) le groupe de travail propose les actions suivantes :

175

176

1. recensement de l'action des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ;
2. prendre connaissance de l'évolution de l'HAD en Picardie avec le groupe de travail dédié ;
3. prendre connaissance de l'expérience du Pas de Calais menée par le Dr. B. Pollez et l'adapter éventuellement à la Picardie.

Les résultats de l'enquête déclarative menée auprès des SSIAD sont les suivants :

département	SSIAD ayant répondu	Places installées	nb sorties AVC vers HAD 2007	nb sorties AVC vers HAD 2008	nb AVC non admis en 2008	nb avc ≤60 ans 2007	nb avc ≤60 ans 2008	nb avc >60 ans 2007	nb avc >60 ans 2008	DMS AVC 2008 (j)
Aisne	6/27	244	0	1	12	0	0	32	40	254
Oise	1/16	44	0	0	1	0	0	0	0	365
Somme	4/24	188	1	7	10	2	5	60	51	307
		476	1	8	23	2	5	92	91	309

Au total

Le groupe de travail des neurologues picards souligne trois points :

- Les difficultés d'accès à la filière d'aval SSR sont surtout très marquées pour le secteur Nord Ouest et marquées pour le secteur Nord Est. Les secteurs Sud Est et Sud Ouest ont des projets en bonne voie qui devraient répondre aux difficultés actuelles.
- Il y a une impérieuse nécessité d'optimiser l'accès aux places SSR et USLD dédiées et d'aider à la mise en place d'USLD requalifiées adaptées en valorisant les établissements qui la développent.
- La particularité du retour à domicile ne s'appuie pas habituellement sur les structures de type HAD, et souffre du manque de personnel paramédical libéral ainsi que du manque de coordination avec les structures existantes (Maison Départementale du Handicap dans l'Aisne et la Somme avec un projet en cours dans l'Oise).

4.2. Orientations

Afin de répondre aux recommandations actuelles et aux préconisations réglementaires, il est recommandé cinq chantiers principaux :

A. Unités neurovasculaires

La prise en charge des AVC nécessite une réorganisation permettant de dédier des unités de phase aiguë (UNV SI, UNV subaiguë) et de soins de suite (SSR et USLD) pour la prise en charge de la pathologie neurologique et en particulier des AVC.

Sur la base de l'incidence départementale et du nombre d'hospitalisations annuelles, il est estimé le nombre de lits d'UNV SI, UNV subaiguë, de SSR et USLD nécessaires pour chaque établissement éventuellement en partenariat avec un établissement voisin.

Les préconisations et modes de calculs (utilisés et validés par l'ARH de Rhône-Alpes) de la circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 ont été utilisés afin de permettre la fluidité de la filière, véritable clé de voûte de ce réseau de soins.

Les hypothèses suivantes sont retenues :

Pour le calcul de capacité d'UNV :

- Accueil UNV > 90% d'AVC et AIT
- Taux d'occupation 90%
- DMS en secteur aigu de 2j et de 10j en secteur post-aigu

Pour le calcul de capacité des SSR :

- Taux de transfert des AVC de 30% [vérifié par un calcul sur les sites de Soissons et Amiens où 29% des AVC + AIT sont transférés] vers les unités de SSR (dédiée aux AVC > 80%)
- DMS à 60 j
- TO à 95%

Nous avons considéré que :

- 60% des patients seraient orientés vers une unité SSR mention « système nerveux »
- 40% vers une unité SSR adulte non spécialisée ou mention « personnes âgées polyopathologiques »
- TO 90 %
- DMS de 55 - 65j

Pour le calcul capacitaire des USLD :

- Taux de transfert des AVC de 10% et une DMS de 8 mois.

Pour prendre en charge la totalité des AVC de Picardie de manière optimum, il serait nécessaire de dédier :

- un maximum de 35 lits d'UNV SI,
- 200 lits d'UNV subaiguë,
- 240 lits de SSR (dont 1 lit sur 2 dans les SSR spécialisés dans les affections du système nerveux et 10% des lits SSR spécialisés dans la prise en charge des affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance)
- 310 lits d'USLD.

Actuel	Nord ouest		Nord est		Sud ouest		Sud est		Total
Incidences AVC †	1850		1108		890		870		4720
CH	Amiens Abbeville		St Quentin Laon		Beauvais Creil		Compiègne Soissons		
Secteurs actuels	1450	400	660	448	330	560	450	414	
UNV SI	6-8	discussion	6/12	0/0	Accordé/Accordé		4/9	6/9	
Besoins									
MCO (courbelle)	74	30	72	74	35	38	35	37	188-203
Dont UNV SI	12	10	12	11	6	9	8	10	37-48
Dont UNV	162		175		30		20		158
SSR tota (A)	25	105	75	45	60	40	50	30	318-213
Dont SSR neuro (A)	77	52	45	30	35	24	35	24	191-129
Dont SSR non neuro (A)	15	34	30	15	25	16	15	15	129-60
SSR Dépend Polypt	188		231		18		18		197-150
USLD AVC	92	125	62	73	10	41	57	34	220-310

Nombre d'AVC & AIT hospitalisés en 2002 et besoins structuraux. Le nombre de patients hospitalisés (PMSI 2002) ont été utilisés pour estimer les besoins structuraux en UNV SI, UNV subalgué, rééducation (MPR), autres soins de suite et soins de longue durée; * excluant la pathologie médullaire et coma chronique; (A) = nb de lits dédié aux AVC; calcul des MCO et UNVSI selon les données de la Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003; †: besoin en lits dédiés dans SSR polyathologie et dépendance estimé sur l'hypothèse d'une orientation ¼ des patients non admis en SSR neurologique.; Incidence AVC: Source PMSI2002; CNEH

L'ouverture d'UNV répond à des préconisations précises reportées dans les recommandations de la HAS et les circulaires.

Elle impose notamment une dotation spécifique en matériel et en personnel médical, infirmier, aide-soignant et de rééducation précoce.

La continuité des soins doit être organisée dans les établissements conformément aux termes de la circulaire.

Dans l'UNV d'Amiens, la garde résidente séniorisée pour la continuité des soins et la permanence des soins hospitalière est effective 24h/24, 7J/7, et vient d'être réorganisée en une demi garde demi astreinte.

Le renforcement de la permanence suppose une dotation en effectifs médicaux complémentaires dans l'ensemble des CH et CHU participants, dotation complémentaire par ailleurs justifiée au regard du retard démographique en neurologues de la région Picardie, et qui ne pourra être financée par les établissements que sur les recettes issues de la tarification à l'activité (T2A).

L'efficacité de ce développement nécessite selon la circulaire DHOS/04/2007/108 du 22 mars 2007 une évaluation annuelle sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'un tableau de bord relatif à la création des UNV et le fonctionnement de la filière picarde de prise en charge des AVC dans le cadre du dialogue de gestion entre l'ARH et le ministère.

B. Filière d'amont

Elle doit être organisée et repose sur une collaboration avec la médecine de ville, les structures de médecine d'urgence et le centre 15-SAMU.

Celle-ci est indispensable afin de minimiser le taux important de fuite vers les régions limitrophes (Ile de France notamment).

Elle doit permettre l'élaboration d'un protocole d'alerte, d'orientation et transport et de prise en charge, préalable au développement de la thrombolyse.

Compte tenu de l'organisation régionale, des protocoles entre établissements doivent être définis pour les modalités de transfert et de retour des AVC dans les CH ne disposant pas de scanner ou IRM, de neurologue ou d'UNV SI.

Cette organisation dépend étroitement des connexions par télé-médecine qui permettront d'aider à la décision de transfert ou l'administration sur place d'une thérapeutique urgente (ex : thrombolyse) avant un transfert vers une UNV SI.

Conformément aux recommandations de l'European Stroke Initiative, préconisation de la circulaire position de la Société Française de radiologie (cf. annexe 2), la télé-médecine constitue un maillage essentiel permettant de donner un avis concernant l'indication de traitement en urgence (thrombolyse, craniectomie...) face à un AVC ou à son aggravation.

Le comité de pilotage régional recommande le développement et le suivi :

- du partenariat avec les Centres 15 et services d'urgences afin d'optimiser l'orientation des patients souffrant d'un AVC vers les structures adéquates (UNV de rattachement la plus proche) de la région Picardie dans les temps requis ;
- de la télé-médecine avec protocoles entre centre d'appel et centre donnant la téléconsultation selon les secteurs et basé sur l'utilisation d'un matériel compatible permettant également la communication avec le CHU d'Amiens afin de répondre aux avis de recours ; transfert d'images, sons et images radiologiques nécessaires pour la téléconsultation avec :
 - o comme contrainte principale, une définition sonore et visuelle suffisante pour effectuer un examen neurologique.
 - o un transfert des images.

Le groupe de travail en coordination avec le groupe télé-médecine préconise un maillage régional permettant principalement :

- la « téléthrombolyse » décidée par le neurologue de l'UNV de rattachement et qui est réservée aux patients éligibles à la thrombolyse admis dans un SAU avec scanner mais sans UNV et ne pouvant être transportés dans un délai compatible avec ce traitement ;
- le télé-diagnostic de recours (mission de l'UNV de référence du CHU) face à un patient AVC posant problème au sein d'une UNV.

C. Accès aux plateaux techniques

Dans une étude antérieure effectuée dans le service de Neurologie d'Amiens avant l'ouverture de l'UNV, il avait été démontré que la DMS des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral dépendait de deux facteurs :

- l'attente d'une place dans un service de soins de suite (rééducation, moyen ou long séjour - thèse M. Mihout - Université de Picardie, 2000) : Les facteurs qui précisaient un séjour d'une durée supérieure à 10 jours chez des patients hospitalisés pour AVC et non décédés durant leur hospitalisation étaient le

179-

Bo

transfert en soins de suite et de réadaptation (OR : 13.97, IC95 : 4.83-40.37 ; p=0.0001), l'accident ischémique de cause autre (OR : 3.38, IC95 : 1.21-9.46 ; p=0.02) et le type d'AVC ischémique (OR : 5.05, IC95 : 2.84-8.96 ; p=0.0001) ;

- la nécessité de certains examens complémentaires (IRM d'abord, échocardiographie transœsophagienne notamment).

L'accès aux explorations de qualité satisfaisante et avec un délai raisonnable constitue donc une nécessité.

Le délai dépend de l'exploration :

- L'imagerie cérébrale doit pouvoir être effectuée en urgence, quelle que soit l'heure, sans ralentir l'accès à la thrombolyse.
- Il doit donc exister un protocole dans chaque CH permettant d'effectuer cet examen en priorité absolue pour les patients éligibles à la thrombolyse, et en priorité pour tous les autres AVC.
- L'imagerie repose encore souvent sur le scanner cérébral en raison de sa simplicité et de l'insuffisance du parc IRM français mais devra utiliser de plus en plus fréquemment l'IRM (couplée avec AngioRM et IRM fonctionnelle) conformément aux pratiques internationales qui permettent d'explorer au moins 80% des patients avec cette technique. Nous ne mentionnons pas ici l'imagerie cérébrale de contrôle nécessaire durant l'hospitalisation chez la plupart des patients.
- L'échodoppler cervical et transcrânien doit être accessible dans les 24 h les jours ouvrés, idéalement à l'arrivée.
- L'échocardiographie doit être effectuée dans les cas d'accidents ischémiques avec des délais rapides, à moduler selon les cas.
- Les autres examens (comme l'artériographie conventionnelle, l'échographie transœsophagienne, le holter ECG, certains examens biologiques et biopsiques) sont réservés à certaines indications et ne sont pas développés ici. L'accès à ces examens doit être organisé au sein de chaque établissement et est indispensable à la validation de l'UNV. Les éventuels investissements complémentaires de chaque établissement doivent être envisagés en partenariat avec le SROS 'imagerie'.

Compte tenu des difficultés persistantes soulignées par le groupe de travail neurologique, il semble essentiel que le SROS organise :

- l'accès selon les centres à l'IRM notamment hors heures ouvrables, et de façon prioritaire, à toute heure pour toute suspicion d'AVC ; cet objectif serait très probablement facilité par pour un grand nombre de centres ;
- l'accès selon les centres au doppler cervical 52 semaines par an ;
- l'accès selon les centres aux explorations cardiaques (Holter, Échographies cardiaques) ;
- l'accès de tout AIT à l'UNV afin que le patient reçoive l'intégralité des explorations nécessaires en 24-48H ;

- des actions de formation initiale et complémentaire, harmonisées, des manipulateurs d'appareils d'imagerie, plus particulièrement d'IRM, pour optimiser le fonctionnement du parc existant.

D. Fillière d'aval

Il est souligné l'impérieuse nécessité de poursuivre la réorganisation des soins de suite et USLD (déjà en cours dans certains secteurs) et le secteur médico-social afin d'aboutir à l'identification de lits et places dédiés.

Cette transformation nécessite un accompagnement (notamment en personnel aide-soignant et infirmier) dans les structures qui orientent un secteur de leur activité en Neurologie, ainsi que dans les structures préexistantes qui parfois connaissent des dysfonctionnements voire n'accueillent plus les patients cérébro-lésés pour lesquels elles sont normalement dédiées.

Pour ce qui concerne la *rééducation (SSR neurologique)*, la situation est contrastée avec des sites déjà équipés dans l'Aisne et l'Oise et une *insuffisance majeure dans le secteur Nord Ouest* malgré la création récente de 14 lits de MPR neurologique conduisant à un total de 32 lits dédiés. Dans ce secteur, un effort majeur dans l'augmentation de capacité est indispensable non seulement pour la prise en charge des patients du secteur mais a fortiori pour que le CHU puisse jouer son rôle de recours régional.

Ces structures doivent être distinguées des lits dédiés aux États Végétatifs Chroniques.

Les articulations avec les volets « SSR » et « Personnes âgées » permettent de préconiser de *dédier des lits à la pathologie neurovasculaire* :

- L'organisation de *lits d'USLD dédiés à la pathologie neurovasculaire* peut être établie sur la base d'une estimation de besoins qui représente au moins 60 lits dédiés par département.
- L'organisation de *lits de SSR dédiés à la pathologie neurovasculaire* peut être établie sur la base de la présente estimation.

La mise en place de telles unités dédiées ne peut être opérationnelle de manière satisfaisante du point de vue de la qualité des soins qu'avec des équipes médicales et soignantes dûment adaptées.

Parallèlement, *l'organisation du retour au domicile* implique que les organisations de type HAD et Dispositif pour la Vie Autonome deviennent réellement ouvertes aux patients atteints d'AVC et, d'une manière générale de pathologie neurologique, et qu'elles aient les moyens d'absorber efficacement la demande sur l'ensemble de la région, ce qui n'est actuellement pas le cas à l'exception de rares secteurs.

E. Télé médecine

La télé médecine n'existe pas encore pour la prise en charge, à toutes les étapes, des AVC en Picardie. Elle peut apporter une réponse concrète à plusieurs facteurs qui conditionnent la prise en charge des AVC en Picardie :

- La démographie des spécialistes en Neurologie ;

- Le bénéfice en termes de mortalité et de morbidité apportées par une prise en charge initiale en UNV ;
- La relation entre le délai de la prise en charge et la morbi-mortalité ;
- L'augmentation prévisible des cas d'AVC au vu du vieillissement de la population.

La télé-médecine nécessite un outil informatique et des moyens de transmission permettant le transfert en temps réel d'images fixes (images radiologiques) et dynamiques (examen clinique à distance du patient), de sons (examen clinique et discussion interprofessionnelle) ainsi que des dispositifs communs de transcription, d'archivage et de suivi des éléments constituant le dossier du patient pris en charge.

La télé-médecine appliquée à l'AVC s'inscrit harmonieusement dans les objectifs de télé-médecine globaux de la région Picarde pour ne pas isoler cette pratique des efforts en cours dans les autres spécialités.

Il existe déjà des outils performants (appareils dédiés à la téléconsultation et le réseau IP régional ROSACE) en Picardie et ceux-ci sont actuellement essayés dans le cadre des projets de prise en charge des AVC :

- Essais IP avec ROSACE entre le CHU d'Amiens et le CH de Compiègne ;
- Protocole de télé-médecine pour la thrombolyse entre le CHU d'Amiens et le CH d'Abbeville (avec passage 48h en UNV au CHU) ;
- Le projet de garde alternée dans les UNV des CH de Soissons et de Compiègne reposant sur la télé-médecine.

Ces projets sont à soutenir dans l'ambition d'un réseau Régional de prise en charge des AVC. La télé-médecine pourrait garantir à terme un avis recours 24h/24h et 7j/7j par un Neurologue d'UNV et ainsi permettre le passage en UNV ainsi que le traitement par thrombolyse des AVC ischémiques de tous les Picards.

F. Démarche qualifiée

L'amélioration de la prise en charge des AVC est une priorité nationale qui a suscité l'installation d'un comité de pilotage régional auquel participent l'ARH, le CHU, les établissements sièges d'une UNV, et dont l'objectif princeps est l'amélioration de la prise en charge de l'AVC à chacune de ses phases : prévention, pré-hospitalier, soins intensifs, soins aigus, soins de suite et de réadaptation et réhabilitation, USLD, secteur médico-social, retour au domicile (avec HAD ou SSIAD), avec pour corollaire la réduction de la fréquence et de la sévérité des séquelles fonctionnelles associées à cette pathologie.

Dans ce cadre, la HAS développe un programme pilote pour l'amélioration des pratiques professionnelles centré sur quatre thèmes : de l'alerte à l'imagerie, l'hospitalisation en phase aiguë, l'orientation et la sortie, le SSR et le domicile.

A partir de ce canevas national, le comité de pilotage « Démarche qualité pour la prise en charge des AVC en Picardie » qui vient d'être constitué en mai 2009, se donne pour objectif général de faire bénéficier :

- le maximum de patients des bonnes pratiques de prise en charge des AVC ;
- 100% des patients régulés par les SAMU soient orientés vers une UNV.

5. Démences et maladie d'Alzheimer (MA)

5.1. État des lieux

A. Epidémiologie

En transposant les chiffres de prévalence issus d'études épidémiologiques européennes, on estime qu'en Picardie il y a 20000 à 25000 patients souffrant de syndrome démentiel dont 50% lié à une maladie d'Alzheimer.

Une étude récente en Picardie a montré que 25 à 28% au plus recevaient le traitement médicamenteux adapté avec des posologies souvent insuffisantes, ce qui indique une carence et un retard thérapeutique (Magnier, Godefroy et al. . Revue Neurologique 2005; 161:211-3) retrouvés au niveau national.

L'incidence peut être estimée à 4200 nouveaux cas de démence par an dont 2500 à 3000 maladies d'Alzheimer.

Démence	Somme	Alsne	Olse				
Prévalence*	7424	6989	7903				
Incidence*	1395	1311	1479				
	Amiens	Abbeville	St Quentin	Soissons	Beauvais	Compiègne	Creil Sentlis Clermont
Consultation mémoire 2003	1 (CMRR)	0	1	1	1	1	0
Consultation mémoire 2008 (antennes)	1 (CMRR) (Rue)	0	1 (Laon)	1 (Miers)	1	1 (Noyon)	1
Accueil de jour	8 centres (40 places)		2 centres		1 centre (8 places)		
Hébergement temporaire 'dédié'	6 centres (25 places)		2 centres		1 centre (4 places)		

Démences : épidémiologie, consultations labellisées (bilans 2003 et 2008) et structures d'hébergement dédiées (2003)

Prévalence : Calculée d'après PAQUIDII (Ramarosan et al. Rev Neurologique 2003; 159: 405-411)

Incidence : Calculée d'après EURODEM (Lobo et al. Neurology 2000; 54: S4-9).

B. Existant

a) Consultations mémoire

Dans ce domaine, le bilan de l'existant souligne le rôle du premier Plan Alzheimer en Picardie. En effet, la Circulaire SHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSF/1 AB2002/22 a permis dès le début de l'année 2003, la labellisation de 4 Centres Mémoire à Amiens, Beauvais, St Quentin et Soissons avec une organisation simultanée en réseau régional des Centres Mémoire.

Depuis, les Centres de Compiègne (2004) et de Clermont-Creil-Sentlis ont été labellisés. D'autres pourraient l'être.

Le CMRR mis en place au CHU d'Amiens est associé à une Unité de Recherche CNRS (Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles, UMR 8160) qui favorise ses missions de recherche. Toutefois le bilan des CMRR de France montre une sous dotation médicale sévère (1,5 ETP contre une médiane de 3,5 ETP dans les CMRR français) avec, pour corollaire, une insuffisance d'accès à ces structures.

Le bilan de fonctionnement du réseau des Centres Mémoire de Picardie montre qu'en 2007, 3783 patients (dont 2303 nouveaux) ont été pris en charge par les Consultations Mémoires de Picardie, dont 420 atteints de troubles cognitifs légers (troubles dépistés précocement constituant un indicateur d'efficacité) et 1362 répondant aux critères stricts de maladie d'Alzheimer.

b) Structures d'accueil

Dans ce domaine, le bilan de l'existant permet difficilement de dresser un inventaire exhaustif des structures hébergeant de facto des patients déments. Les sondages et enquêtes réalisées par le Centre Mémoire Ressources et Recherche d'Amiens, la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la fondation Médéric, et les travaux conduits pour la révision du volet Personnes âgées du SROS 3 de Picardie, dégagent un nombre limité de places d'accueil de jour et temporaire (un modèle perlinent étant celui proposé par le CH d'Abbeville).

Il apparaît donc urgent de dédier des structures d'accueil de jour, temporaire et prolongé, pour les patients atteints de démence avec des préconisations spécifiques en termes de locaux, personnels et activités ; point également défendu par le groupe thématique Personnes âgées

5.2. Orientations

Le présent volet du SROS 3 révisé souligne la nécessité :

- de favoriser l'adressage au CMRR des patients en relevant, ce qui nécessite de définir plus précisément leurs critères de sélection ;
- de réduire les délais d'accès au CMRR en augmentant la disponibilité médicale (de 3 à 6 mois selon les médecins ; inclusion effective insuffisante dans les essais thérapeutiques) ;
- d'optimiser le fonctionnement des Centres Mémoire tant dans leur nombre que dans leur dotation en personnel (médical et non-médical). En outre, les représentants des neurologues libéraux proposent de participer au recueil de données.

Afin de répondre à ces requêtes, aux recommandations actuelles et aux préconisations de la Circulaire N°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 (Selon ces préconisations, avec une population picarde ≥ 75 ans de 134 000 personnes (INSEE 2008), le chiffre idéal de Consultations Mémoire serait de 8,9 soit 3 dans l'Oise (déjà atteint), 2 à 3 dans l'Aisne (ce qui impliquerait de labelliser la consultation de Laon si son activité augmentait encore) et 2 dans la Somme), il est donc préconisé :

- d'augmenter le nombre de Centres mémoire afin d'aboutir à 2 Centres dans la Somme, 2 à 3 dans l'Aisne et 3 dans l'Oise ;
- d'étoffer les centres actifs avec une mention particulière pour le CMRR, afin d'y favoriser l'activité de recours ;
- de dédier des structures d'accueil de jour, temporaire et prolongé pour les patients atteints de démence avec des préconisations spécifiques en terme de locaux, personnels et activités, point également défendu par le groupe thématique du SROS Personnes âgées. Puisque environ 20% des patients déments nécessitent une prise en charge en institution, cela doit conduire à dégager

environ 5000 places d'hébergement prolongé en Picardie soit environ 1500 à 2000 places par département avec un dimensionnement à moduler en fonction de l'évolution démographique puisque les besoins vont croître de façon majeure dans les 10 prochaines années en raison du vieillissement de la population. Ces places d'hébergement prolongé concernent différentes structures : EHPAD 'Long Séjour', EHPAD 'Maison de retraite' et d'autres structures.

- de favoriser l'émergence de réseaux de soins formalisés entre chacun des 'Centres mémoire' et les structures d'hébergement dédiés à la démence fonctionnant selon le mode des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer décrit dans le plan Alzheimer 2008 (avec l'accompagnement en personnel type neuropsychologue et orthophoniste qui font partie intégrante de ces structures). Le comité de pilotage prend acte des candidatures des secteurs de la Somme et du Beauvaisis pour l'établissement de structures MAIA.
- d'inclure les neurologues libéraux le souhaitant dans le réseau des Centres mémoire de Picardie et leur recueil d'activité.

6. Maladie de Parkinson et du mouvement

6.1. Etat des lieux

A. Epidémiologie

La prévalence de la maladie de Parkinson en Picardie est estimée entre 1900 et 3800 (soit de 680 à 1360 par département).

L'incidence est estimée entre 380 et 570 nouveaux cas par an (soit 140 à 200 par département) (Source : la maladie de Parkinson en Bretagne. Document de l'URCAM Bretagne 2003)

L'épidémiologie des autres syndromes extrapyramidaux (maladie de Huntington, dystonies, tremblements...) est moins bien établie.

B. Existant

Le bilan montre que :

- le CHU a développé une consultation dédiée à la pathologie du mouvement (incluant l'utilisation de toxine botulique pour le traitement des dystonies focales, pompe à apomorphine, infusion duodénale de DOPA) et une structure effectuant le bilan pré chirurgical (sélection et préparation des patients en vue d'une stimulation cérébrale profonde) ;
- les CH de St Quentin, Compiègne et Soissons ont développé une consultation de traitement par toxine botulique ;
- il n'y a pas de structure neurochirurgicale picarde effectuant la pose de la stimulation cérébrale profonde.

Cette carence, de même que l'absence de réseau de soins, contribue largement sinon explique, la sous utilisation persistante des traitements innovants dans la maladie de Parkinson comme le montre un sondage régional auprès des neurologues :

- en 2003 moins de 6 patients par an bénéficient de la stimulation cérébrale profonde, chiffre augmentant à 8 en 2007 (alors que 18 patients picards environ en seraient redevables chaque année) ;
- moins de 3 traités par apomorphine sous-cutanée en 2003 et environ 7 en 2007 (principalement au CHU).

6.2. Orientations

Le présent volet du SROS 3 révisé souligne la nécessité :

- de poursuivre l'optimisation de la prise en charge avec le développement des traitements de recours (stimulation cérébrale profonde, pompe à apomorphine, troubles cognitifs et psycho comportementaux...) dans les maladies de Parkinson et Huntington et requérant d'être adressés au CHU ;
- de favoriser l'accès à la stimulation cérébrale profonde (qui doit être mise en place au CHU d'Amiens) ;
- de réduire les délais d'accès au CHU en augmentant la disponibilité médicale ;
- de remettre en activité les capacités de biopsies stéréotaxiques au CHU d'Amiens.

Afin d'atteindre les préconisations actuelles, il est donc préconisé :

- de développer l'unité d'évaluation pré- et post-chirurgicale des patients atteints de maladie de Parkinson au CHU d'Amiens ;
- de préparer la mise en place prochaine d'une unité permettant la réalisation de stimulation cérébrale profonde et l'implantation de microélectrodes dans les pathologies du mouvement (Au-delà de la seule stimulation après insertion de microélectrodes par méthode stéréotaxique dans la maladie de Parkinson, cette technique s'étend maintenant à d'autres pathologies du mouvement (tremblement, dystonie) et surtout permet le développement de techniques très proches comme la pose de micro cathéters permettant l'injection in situ de médicaments et facteurs neurotrophiques).

Cet objectif impose un accompagnement en moyens techniques et humains notamment d'augmenter progressivement le nombre de praticiens dédiés à cette activité.

- de renforcer la formation des équipes paramédicales de toutes les disciplines vis-à-vis de la particulière rigueur du traitement médicamenteux des patients atteints de la maladie de Parkinson ;

de réfléchir à un mode d'accueil et d'hébergement adapté aux patients jeunes présentant une maladie de Parkinson et qui n'ont d'autre recours que les maisons de retraite.

7. Epilepsies

7.1. Etat des lieux

A. Epidémiologie

La prévalence des crises épileptiques est estimée [Source: ANAES, 2004, Rapport sur les Epilepsies Partielles Pharmaco Résistantes] à 0,5 à 1% de la population soit, transposée en Picardie, de 10000 à 19000 patients (soit de 3000 à 6000 par département).

Parmi eux, 1200 à 1600 présentent une épilepsie partielle résistante dont 40 à 200 requièrent un traitement chirurgical de l'épilepsie.

Chaque année 15 nouveaux patients environ requièrent un traitement chirurgical.

Un sondage parmi le groupe de travail des neurologues picards montre qu'en 2007, 10 patients ont été traités chirurgicalement. Ce traitement est effectué dans quelques centres français. Il nécessite un bilan complet et répété permettant de confirmer le diagnostic, d'adapter le traitement médicamenteux et de préparer l'éventuel acte chirurgical.

Cette pathologie a bénéficié de progrès de prise en charge synthétisés dans la conférence de consensus de l'ANAES (2004).

B. Existant

Le recensement de l'existant montrait en 2003 que les enregistrements vidéo-EEG de brève durée sont effectués à Compiègne, Abbeville et Amiens.

Depuis 2 actions ont été enregistrées :

- l'ouverture d'une consultation dédiée aux épilepsies réfractaires au CHU ;
- la mise en place d'enregistrement vidéo-EEG longue durée (1 lit au CHU).

7.2. Orientations

Afin d'atteindre les préconisations actuelles, les objectifs suivants sont à poursuivre :

- augmentation de l'activité de «recours» diagnostique et thérapeutique des épilepsies «à problème», notamment épilepsies réfractaires, en vue de favoriser l'accès des patients picards aux traitements de recours, en particulier chirurgicaux ;
- finaliser la mise en place de l'équipe spécifiquement formé à cette prise en charge au CHU d'Amiens ;
- proposer des formations régionales aux médecins généralistes afin d'améliorer l'orientation des patients vers ce service

8. Sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique

8.1. Etat des lieux

A. Epidémiologie

La prévalence de la sclérose en plaques est estimée à 1 600 patients en Picardie (soit 550 à 600 par département).

L'incidence est estimée à 67 nouveaux cas par an (soit 20 à 30 par département).

En 2007 on dénombre 3731 séjours hospitaliers pour sclérose en plaques (dont 2195 en hospitalisation de jour)

Nb séjours	ES Picards	ES Extra régionaux	Total
Patients picards	2 705	891	3 596
Patients extra régionaux	135		135
Total	2 840	891	3 731

Le **taux de fuite extrarégional, de l'ordre de 25%**, vers des centres au rayonnement important (Paris, Lille) traduit l'absence de coordination des praticiens libéraux et la méconnaissance par les patients d'alternatives picardes.

Nb séjours	DP	DR	DAS	Total
Nord ouest	154	519	168	841
Nord est	166	94	323	583
Sud ouest	117	407	155	679
Sud est	123	529	85	737
Total Picardie	560	1 549	731	2 840
Nord Pas de Calais	36	55	19	110
Normandie	54	198	21	273
Paris IDF	88	331	64	483
Autres	10	3	12	25
Total ES extra régionaux	188	587	116	891
Total	748	2 136	847	3 731

La prévalence de la sclérose latérale amyotrophique est estimée entre 140 et 200 patients.

B. Existant

a) Sclérose en plaques (SEP)

Le bilan montre que le CHU et différents CH ont dédié une consultation et des places d'hospitalisation programmée à la sclérose en plaques et qu'un réseau thématique réunit les neurologues picards à un rythme pluriannuel.

Ce réseau a permis le développement d'un traitement novateur (Natalizumab, anticorps monoclonal mis sur le marché en 2007) à un rythme rapide par comparaison aux autres régions françaises puisqu'au bout d'un an 67 patients sont traités au CHU d'Amiens (dans les 5 premiers CHU français) et 67 dans les autres CH picards (St Quentin : n= 35 ; Compiègne : n= 15 ; Soissons : n= 12 ; Creil : n= 5).

Le groupe de travail des neurologues picards observe également l'absence de réseau de soins dédié à cette pathologie ainsi qu'un accès au traitement précité problématique (le temps d'attente sans perfusion est long faute de personnel paramédical disponible).

b) Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

La prise en charge est effectuée sans structures dédiées ni protocoles formalisés à l'exception du CHU qui a développé une consultation et hospitalisation multidisciplinaire pour cette pathologie (dossiers actifs : 35 patients en 2003 parmi les 50 présumés atteints dans la Somme) conformément aux préconisations de la circulaire DHOS/O/DGS/SD5D/DGAS n°2002-229.

La rééducation des patients atteints de SEP ou SLA reste problématique car le nombre de structures de rééducation neurologique est insuffisant. Les patients sont souvent orientés dans des structures de type rééducation cardiologique ou orthopédique où ils perdent leur temps et leurs chances de récupération.

8.2. Orientations

A. Sclérose en plaques

Concernant la sclérose en plaques, il est préconisé :

- de promouvoir ou accroître la capacité des structures d'hospitalisation de jour neurologique dans les CH et CHU, ce qui suppose notamment une adaptation des ressources soignantes ;
- de mettre en place un **réseau picard de soins neurologiques** avec une référence médicale au sein du CHU d'Amiens (en partenariat avec médecins de MPR) permettant une coordination régionale des soins infirmiers et paramédicaux (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie ...), associant aussi des psychologues, permettant l'optimisation de la prise en charge de pathologies neurologiques spécifiques fréquentes et réunissant des problèmes communs (soins infirmiers, auto-injections, auto-sondages, nursing, mobilisations, préparation et supervision de la prise des traitements, rééducation et entraînements fonctionnelles, troubles sphinctériens...) ne relevant pas actuellement de l'HAD.

Si la Sclérose en plaques est concernée au premier plan, d'autres pathologies neurologiques posent des problèmes similaires et doivent pouvoir être prises en charge par ce réseau notamment maladies de Parkinson, suites d'accident vasculaire cérébral et

pathologies cognitives (maladie d'Alzheimer et apparentées qui concernent également des patients non âgés).

B. Sclérose latérale amyotrophique

Concernant la sclérose latérale amyotrophique, il est préconisé :

- de promouvoir la prise en charge multidisciplinaire (Circulaire DHOS/O/DGS/SD5D/DGAS n°2002-229) déjà initiée au CHU et de mettre en place un centre de compétence au CHU.

9. Démographie médicale en neurologues dans la région Picardie

9.1. Etat des lieux

Le recensement des neurologues exerçant en Picardie en 2008 montre un nombre très faible diminuant même pour les neurologues libéraux par rapport à l'enquête 2004 de l'Association Neurologues Libéraux de Langue Française :

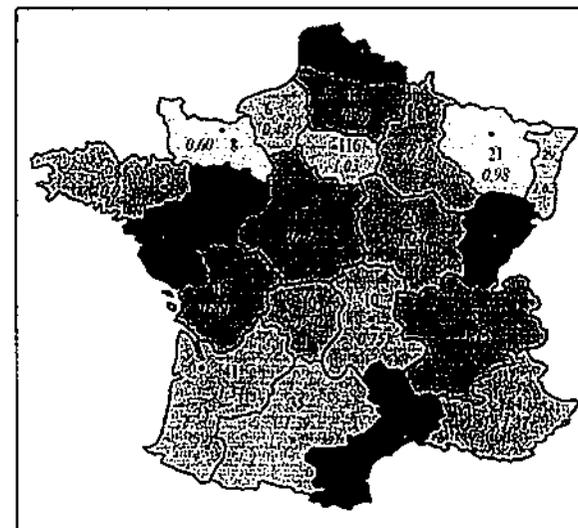
11 neurologues libéraux correspondant à une densité de 0,59 soit la plus faible de France métropolitaine avec la Haute Normandie.

La neurologie hospitalière est également peu développée puisque 7 des 8 centres hospitaliers disposent d'une unité de Neurologie qui fonctionne avec un nombre faible de praticiens (le plus souvent inférieur ou égal à 3 ETP), constat qui prévaut également pour le CHU dont le service reste l'un des moins dotés de France.

Département	Libéral	Hospitalier (ETP)	Total	Total (densité)
Somme				département
Abbeville	0,5	1,5	2	
Amiens	3	5,4*	8,4	10,4
Aisne				
Sart Tilman	2		2	
Sart Tilman	0		0	
Sart Tilman	0		0	
Oise				
Beauvais	0,5	3,5	4	
Compiègne	2	3	5	
Creil	1	3,5	4,5	
Senlis	0	0,5	0,5	14
Picardie				

Neurologues titulaires exerçant en Picardie en 2008. * dont 2 PUPH comptés 2 ETP.

Répartition des neurologues libéraux (chiffres ANLLF 2004)



Légende : Nombre / Densité pour 100.000

Les enquêtes de démographie médicale reflètent la profondeur de ce déficit.

En 2003, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques: Les médecins, estimations au 1er janvier 2003. D. SICART n° 57 - septembre 2003) montre que la Picardie occupe la dernière place des régions françaises :

- avec 1,5 neurologues pour 100 000 habitants (sensiblement identique pour les 3 départements) contre une moyenne nationale de 2,9 neurologues (Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques: Les médecins, estimations au 1er janvier 2003. D. SICART n° 57 - septembre 2003)

En 2006, les chiffres (Sources : recensement 2006 du Conseil National Ordre des médecins et INSEE) (tableau 4) ont peu augmenté et témoignent de la persistance d'un retard très important.

Pour rejoindre la moyenne nationale, 23 neurologues supplémentaires seraient nécessaires.

Ce déficit démographique profond est en partie lié à la faiblesse du nombre de neurologues formés au CHU d'Amiens qui ne compte que :

- 3 postes d'interne (Augmenté à 4 postes validant le DES de Neurologie en 2006 par suppression du poste de médecine générale) validant le DES dans le service de Neurologie (contre une moyenne nationale de 10 postes d'interne en CHU)

So

SL

selon un recensement effectué au sein du Collège des Enseignants de Neurologie) :

- Et jusqu'à une date récente, 1 poste de chef de clinique (porté à 2 depuis 2002) ce qui limitait mécaniquement le nombre de nouveaux neurologues à 1 tous les 2 ans (La seule solution de fond consisterait donc en une augmentation réelle de nombre de postes d'interne et chef de clinique dédiés à la formation de neurologues) chiffre ne permettant pas de remplacer les départs en retraite.

Ce déficit n'est pas lié au manque d'attractivité du service (qui a formé 13 neurologues dont 12 titulaires du DES entre 2000 et 2008 soit plus qu'entre 1983 et 2000).

	Neurologues	Population	Densité	Déficit
France	1735	61 166 822	2,84	--
Picardie	31	1 885 994	1,64	23

Démographie en neurologues de France Métropolitaine¹²

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire propose d'officialiser la gestion de flux des DES spécialisés lors des choix d'affectation des postes d'Internat au niveau des régions, sous la responsabilité des agences régionales de santé et dans le respect d'un cadrage national.

Il reste à voir l'impact sur la formation de DES de Neurologie au vu de la démographie médicale déficitaire dans toutes les spécialités.

9.2. Orientations

Les leviers d'attractivité de la discipline en Picardie peuvent reposer sur les actions suivantes :

- Augmenter progressivement le nombre de neurologues formés à Amiens :
 - o augmenter le nombre de postes d'interne et de post interne (chefs de clinique ou assistants spécialistes en CHU et assistants régionaux partagés).
 - o Promouvoir une dynamique régionale de la discipline :
 - o En accompagnant les projets, facteurs clé de la réussite, impliquant les internes du DES Neurologie ;
 - o En optimisant les conditions de la permanence des soins de la spécialité, grâce à la télé-médecine.
- Créer un collège ou un réseau régional des neurologues picards :
 - o regroupant tous les modes d'exercice de la spécialité ;
 - o constituant une instance représentative et consultative impliquée dans les orientations régionales ;

- o réintégrant les neurologues picards expatriés à Paris avec leurs patients picards.

L'ARH a proposé la constitution d'un premier réseau associant l'ensemble des UNV dès 2009.

10. Synthèse

10.1. Pour toutes les affections neurologiques

Afin d'optimiser le parcours de soins du patient la priorité doit être donnée à la mise en place d'un répertoire opérationnel des ressources opérationnel dès 2009.

10.2. Accidents Vasculaires Cérébraux et télémédecine

1. Mise en place des UNV restant à ouvrir ou étendre (Creil, Beauvais) et de modalités de permanence de soins coordonnées par territoire de santé et régionalement ; ajustement des capacités selon le suivi annuel des données PMSI et la réduction des fuites extra régionales.
2. Promouvoir l'accès direct de tous les AVC (sauf hémorragies relevant de la neurochirurgie) et AIT en UNV, après régulation SAMU (en invitant la population au bon usage du 15).
3. Renforcement et adaptation des moyens des UNV déjà ouvertes et encore insuffisamment dotées au regard des préconisations, avec financement par les recettes issues de la T2A.
4. Facilitation de l'accès selon les centres :
 - à l'IRM notamment hors heures ouvrables (avec des coopérations au sein des territoires de santé);
 - au doppler cervical en 24H et ce 52 semaines par an ;
 - aux explorations cardiaques (Holter, échographies cardiaques) 52 semaines par an.

Et suivi annuel par établissement avec indicateurs de la HAS (DMS AIT notamment)

5. Encadrement des partenariats avec les Centres 15 et structures de médecine d'urgence afin d'optimiser la prise en charge (alerte, détection, prise en charge initiale) et l'orientation des patients vers les structures adéquates de la région Picardie dans les temps requis.
6. Encadrement de la mise en place d'une télé-expertise par télémédecine avec protocole entre centre d'appel et d'avis, choix et financement du matériel permettant un maillage régional.

Et suivi annuel par établissement avec indicateurs de la HAS (Nb de thrombolyse annuelles ; pourcentage AVC admis en UNV notamment).

7. Encadrement de la réorganisation des SSR et USLD avec les groupes de travail adéquats dédiés à la pathologie neurovasculaire par secteurs ; adaptation des moyens humains dans les structures dédiées.

8. Établissements accueillant des urgences sans UNV (Abbeville, Laon, Chauny, Senlis, Château-Thierry, Hirson, Noyon, Péronne, Doullens, Clermont, Montdidier, structures privées amiénoises et de St Quentin principalement) :

- mise en place de protocoles avec l'UNV la plus proche permettant un transfert des AVC ;
- mise en place d'une structure dédiée aux AVC qui peut être une structure SSR et/ou USLD ou une structure de médecine orientée AVC avec :
 - o un personnel en nombre suffisant formé à la prise en charge des AVC du même type que ceux des lits subaigus des UNV (cf circulaire) ;
 - o s'inscrivant dans le cadre de la formation continue de la prise en charge des AVC ;
 - o un recours au plateau technique (scanner cérébral, échodoppler cervical, échocardiographie et avis cardiologique, accès à un avis neurologique en urgence) ;
 - o accès à une unité de soins continus sur place ou par convention ;
 - o établissant un protocole de soins en lien avec l'UNV de rattachement.

9. Suivi d'activité et ajustement des capacités, accès aux plateaux techniques et filières :

Reposant sur les indicateurs définis par la HAS.

Analyse annuelle par un comité régional regroupant ARH (puis ARS), collège des neurologues, Collège des urgentistes de Picardie, Médecins représentant les neuroradiologues et radiologues, les structures SSR et USLD

10.3. Démences et maladie d'Alzheimer

1. Augmenter le nombre de Centres mémoire dans les CH suivants :
 - CH d'Abbeville : le plus rapidement éligible, initialement comme antenne du CMRR d'Amiens ;
 - CH de Laon : en fonction du développement de son activité ;
 - Eventuellement CH de Chauny : à étudier en partenariat avec le CH de La Fère.
2. Étoffer les centres actifs avec une mention particulière pour le CMRR, afin d'y favoriser l'activité de recours.
3. Inclure les neurologues libéraux qui le souhaitent dans le réseau des Centres mémoire de Picardie (ce qui implique leur participation au recueil d'activité réglementaire).
4. Dédier des structures d'accueil de jour, temporaire et prolongé pour les patients atteints de démence avec des préconisations spécifiques en termes de locaux, personnels et activités.
5. Favoriser l'émergence de réseau de soins formalisé entre chacun des 'Centres mémoire' et les structures d'hébergement dédié à la démence fonctionnant selon le

mode des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer décrit dans le plan Alzheimer 2008.

10.4. Maladies de Parkinson et du mouvement

1. Développer l'unité d'évaluation pré- et post-chirurgicale des patients atteints de maladie de Parkinson au CHU d'Amiens, en accompagnant en moyens humains.
2. Mettre en place une unité permettant la réalisation de stimulation cérébrale profonde et d'implantation de microélectrodes dans les pathologies du mouvement, en accompagnant en moyens humains et techniques (matériel, sondes).
3. Promouvoir la mise en place de structures d'accueil pour patients parkinsoniens jeunes.

10.5. Épilepsies

Augmenter l'activité de recours au CHU d'Amiens.

10.6. Sclérose en plaques

1. Promouvoir ou accroître la capacité des structures d'hospitalisation de jour neurologique dans les CH impliqués :
 - St Quentin, Soissons et Compiègne et CHU.
2. Mettre en place un réseau picard de soins neurologiques avec :
 - référence médicale au sein du CHU d'Amiens ;
 - coordination régionale des soins infirmiers et paramédicaux (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie ...) voire psychologues ;
 - optimisation de la prise en charge des problèmes usuels (soins infirmiers, auto-injections, auto-sandages, nursing, mobilisations, préparation et supervision de la prise des traitements, rééducation et entraînements fonctionnels, troubles sphinctériens...);
 - concerne les patients atteints de sclérose en plaques maladies de Parkinson, Accident Vasculaire Cérébral et de pathologies cognitives (maladie d'Alzheimer et apparentées).

10.7. Sclérose latérale amyotrophique

1. Promouvoir la prise en charge multidisciplinaire.
2. Mettre en place un centre de compétence régional au CHU.

10.8. Démographie médicale en neurologues dans la région Picardie

1. Augmenter le nombre de neurologues formés à Amiens, ce qui suppose d'augmenter le nombre de postes d'interne et en post-internat ;
2. Promouvoir la dynamique régionale notamment en :
 - accompagnant les projets, facteur clé de réussite ;
 - optimisant l'organisation de la permanence des soins hospitalière.
3. Créer un réseau régional des UNV et un collège des neurologues picards regroupant tous les modes d'exercice de la spécialité afin de constituer une instance consultative impliquée dans les orientations régionales

11. Méthodes d'évaluation et de suivi

11.1. Méthode d'évaluation

A. Suivi et évaluations périodiques

- Comité technique régional de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, section dédiée aux AVC (PM, Direction Ets, Etat, Assurance maladie, Usagers, etc. ...)
- Instance collégiale régionale des urgences

B. Réponse aux priorités régionales et au SROS

- Indicateurs par patient (pathologie, score NIH, dds, destination)
- Indicateurs par établissement (nombre patients pris en charge dans les UNV, nombre de thrombolyse, durée moyenne de séjour en UNV)
- Indicateurs généraux (taux d'incidence, nombre et lieux d'implantation des UNV)

C. CPOM

- Suivi annuel des UNV

D. Dialogue de gestion

- Suivi annuel filière régionale et tableau de bord des UNV

11.2. Indicateurs de suivi de l'activité des UNV

(Circulaire DHOS/04/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des Unités Neurovasculaires.)

Ils seront complétés après les préconisations de la HAS.

A. Indicateurs populationnels

- Population régionale par tranches d'âge
- Taux d'incidence des AVC : à l'échelon de la région, et par territoire de santé
- Taux d'AVC par tranches d'âge

B. Indicateurs d'offre de soins

- Nombre et implantation des UNV (carte)

- Par établissement concerné : IRM sur place ou par convention

C. Indicateurs par établissement

- Nombre de patients présentant une pathologie neurovasculaire aiguë pris en charge dans l'établissement, dont nombre de patients pris en charge dans l'UNV (par type de pathologie)
- Nombre de thrombolyse pour AVC, dont nombre de thrombolyse pour les patients pris en charge dans l'UNV
- Durées moyennes de séjour en UNV et dans l'établissement, pour les patients présentant une pathologie neurovasculaire aiguë.

D. Indicateurs par patient

- Origine géographique
- Nature de la pathologie présentée
- Score NIH à l'admission, après 48H et à la sortie
- Pratique d'une IRM (oui/non) ; si oui : IRM de première intention ou non
- Durée du séjour
- Mode de sortie et destination (au sens du PMSI).

12. Alerte, transfert et télé-médecine

1. Rapport pour le Ministère à la Recherche et aux nouvelles Technologies sur l'état des lieux 2003 de la télé-médecine en France

Parmi les 7 types d'utilisation de la télé-médecine définis par le rapport pour le Ministère à la Recherche et aux nouvelles Technologies sur « l'état des lieux 2003 de la télé-médecine en France », celle qui nous intéresse concerne les échanges d'avis entre professionnels de santé (téléconsultation et télé-expertise) et la télé-assistance (assister à distance, principalement par des conseils diagnostiques et thérapeutiques, un patient localement démuné).

2. HAS Rencontre 2007 Prise en charge initiale de l'AVC MAZIGHI M (Service de neurologie, Hôpital Bichat)

Pour optimiser le nombre de patients susceptibles d'être traités par thrombolyse, la télé-médecine est utilisée afin de supprimer l'étape du transport et de gagner du temps. L'expérience allemande expérimente un dispositif de téléconsultation (réseau de douze Hôpitaux). La première année suivant la mise en place de ce dispositif, plus de 300 consultations ont été réalisées et, pour une centaine de patients, des thrombolyse sur site ont pu être effectuées. Cette expérimentation montre que 5 % des patients pris en charge par un réseau d'hôpitaux utilisant la télé-médecine ont eu une thrombolyse contre 0,3 % pour les patients pris en charge dans une structure hospitalière générale hors réseau. Cela nécessite néanmoins une formation et un suivi car d'autres études ont montré que l'administration de thrombolytique dans des centres hospitaliers généraux était associée à un surcroît de saignement.

3. Recommandations 2008 de l'European Stroke Organization

Les systèmes de télé-médecine, basée sur un système de vidéoconférence interactive permettant de proposer des soins de santé ou une assistance au personnel médical des centres hospitaliers isolés; sont un moyen faisable, valide et fiable permettant de faciliter l'accès à la thrombolyse, pour les patients éloignés de l'hôpital de référence, et ne pouvant pas bénéficier d'un transport aérien ou terrestre.

L'efficacité du traitement, le taux de complications, ainsi que le pronostic à court et long terme des patients traités par rt-PA, sont similaires après une consultation par télé-médecine, dans les hôpitaux non universitaires, à ceux traités dans les centres universitaires [72-81].

4. Transfert et transport du patient Recommandations

1. Un contact immédiat du centre 15 et un dispatching prioritaire par la centrale téléphonique du centre 15 sont recommandés (Catégorie II, Niveau B)
2. Un transport prioritaire ainsi qu'un contact préalable avec l'hôpital de destination (extra- et intra-muros) sont recommandés (Catégorie III, Niveau B)
3. Il est recommandé de transporter, sans délai, les patients suspects de présenter un AVC, vers le centre médical le plus proche disposant d'une unité neurovasculaire (UNV), apte à prodiguer des traitements ultra-précoces (Catégorie III, Niveau B)

4. Il est recommandé que les dispatchers téléphoniques, ainsi que le personnel d'ambulance, soient aptes à reconnaître facilement un AVC, en utilisant des échelles d'évaluation simples, telles que le test de « Face - Arm - Speech Test [FAST] » (test visage - bras - parole) (Catégorie IV, /BPC)
5. Un tri immédiat en salle d'urgences, une évaluation clinique, biologique et radiologique, ainsi qu'une décision thérapeutique avec administration des traitements appropriés, au niveau de l'hôpital accueillant le malade, sont primordiaux
 - o Il est recommandé d'envisager des transferts par hélicoptère dans les régions isolées ou rurales, afin d'accélérer l'accès aux traitements (Catégorie III, Niveau C)
 - o Il est recommandé d'envisager l'utilisation de la télé-médecine dans les régions isolées ou rurales, afin d'améliorer l'accès aux traitements (Catégorie II, Niveau B)
 - o Il est recommandé d'adresser, sans délai, les patients victimes d'un AIT, vers une « clinique de l'AIT » ou vers un centre médical disposant d'une UNV, apte à fournir une évaluation adéquate et un traitement immédiat (Catégorie III, Niveau B)

4. Circulaire DHOS/04/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des Unités Neurovasculaires

'...Définitions et missions : Par le vecteur de la télé-médecine, elle remplit une mission d'expertise pour les structures extérieures qui font appel à elle.'

5. Propositions de la Société Française de Radiologie

"...le Pr Jean-Pierre Pruvo (CHRU de Lille), secrétaire général de la SFR, lors d'une conférence de presse organisée en octobre 2008 a déclaré que "Comme la radiologie ne s'arrête pas à 18h, cela signifie que pour la nuit et le week-end, nous devons nous structurer pour l'imagerie d'urgence grâce à la télé-imagerie, au sein d'un territoire", a-t-il poursuivi. Pour la SFR, il faut une garde de médecin radiologue la nuit dès qu'un établissement dépasse les 40.000 passages par an, pour conduire les examens avec les manipulateurs et le médecin urgentiste. Comme ce radiologue est seul, il ne peut pas être spécialiste de tous les organes. Il faut donc pouvoir organiser les gardes, au sein d'un territoire, de manière à disposer d'un expert dans chaque domaine même la nuit pour travailler en télé-expertise. Chaque radiologue de garde peut ainsi consulter son confrère de garde également dans une autre ville dans son domaine de spécialité. Les domaines essentiels sont la neurologie, l'abdomino-pelvien et l'os. Ensuite, pour les petits hôpitaux, il faut pouvoir relier le manipulateur et le médecin urgentiste à un centre de référence, par télé-médecine, a expliqué le Pr Pruvo. (...) Au CHRU de Lille, il y a en permanence une garde de neuroradiologie et une autre pour le viscéral. "Cela sous-entend de mieux équiper les centres de référence avec des équipements dédiés à l'urgence dès que l'établissement a la masse critique de 30.000 à 40.000 patients", a souligné le Pr Pruvo. Ainsi, pour bien prendre en charge les patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la SFR demande un IRM dédié par service d'accueil des urgences (SAU), rappelle-t-on.